فنيات العلاج

لقد تناولنا في القسم السابق الاستراتيجيات الأساسية للتدخل في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة وأساليبها المتميزة في التعامل مع هذه الفئة من اضطرابات القلق. وتستند هذه الاستراتيجيات في الأساس إلى نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ومدارسه ، وما طورته من أساليب وممارسات عملية، وما ترتكز إليه من نتائج بحوث ودراسات عديدة للتحقق من جدوى استخداماتها للأغراض المنشودة منها ولتقدير فاعلتها في واقع العمل الكلينيكي.
وقد تطور من خلال هذه المدارس ، وفي إطار فلسفة كل منها وافتراضاتها ومبادئها وأساليبها، عديد من الطرق العملية التي يمكن أن يستخدمها الاختصاصيون الكلينيكيون على أساس من الاختيار الجيد لملاءمتها وظيفيا لطبيعة الظاهرة أو السلوك وللشخص أو الأشخاص موضع الهدف ووفقا للتشخيص المقرر.
وفي إطار علم الصدمات وعلاج الأزمات، تمكن الاختصاصيون الكلينيكيون من التحقق من جدوى عدد من هذه الطـرق العملية أو الفنيات العلاجية Therapeutic techniques للاستخدام في هذا الميدان . ويقدم بعض الثقاة حصرا لهذه الفنيات التي اختاروها على أساس من فاعلتها في علاج الأزمات والضغوط واضطراب الضغوط التالية للصدمة (1) . ونقدم في هذا القسم عرضا للفنيات الأساسية التي يمكن أن يستخدمها الاختصاصيون وظيفيا في ممارساتهم الكلينيكية في هذا الميدان، مع ما يتطلبه ذلك بالضرورة من الوعي بهذه الفنيات وبما وراءها من خلفية علمية، ومن التدريب على التمكن من المهارات المهنية اللازمة لحسن استخدامها . ولهذا فقد حرصنا على تضمين بعض المراجع والمصادر المعنية لكل فنية من هذه الفنيات حتى يمكن الرجوع إليها لمزيد من الإتقان. وتبقى في النهاية القضية الأساسية، وهي أنه بصرف النظر عن اختيار فنيات معينة وتطبيقها ، فإن مسئولية الاختصاصي الكلينيكي هي أن يضطلع باختياراته على أساس من تشخيص كلينيكي سليم، ومن تقييم لكل النتائج المحتملة من استخدام فنية أو فنيات محددة.
ويمكن تصنيف فنيات علاج الأزمات والضغوط واضطراب الضغوط التالية للصدمة وفقا للمدارس الرئيسة في الإرشاد والعلاج النفسي، مع تأكيد وجود التداخل بين هذه الفنيات وكذلك إمكانية استخدام بعضها في نسق مدارس أخرى، وذلك وفقا للتصنيف التالي :

* فنيات من العلاج المعرفي.
* فنيات من العلاج السلوكي.
* فنيات من العلاج الوجودي والجشطلتي.
* فنيات للتدريب على الاسترخاء.
* فنيات أخرى .

وفيما يلي نقدم عرضا عاما لهذه الفنيات وفقا لفئات تصنيفها.

(أولا) فنيـات من العـلاج المعرفـي

العلاج العقلاني - الانفعالي (*) (Rational- Emotive Therapy (RET :

وهو من الفنيات العلاجية والإرشادية الفعالة التي طورها (آلبرت إلـس)2691) Ellis) باعتبارها أحد التيارات الأساسية في علم النفس العلاجي المعاصر. تذهب هذه النظرية إلى أن الاستثارة الانفعالية والسلوك اللاتكيفي يتأثران بتفسيرات الفرد للمواقف، حيث تعمل هذه التفسيرات بمثابة وسائط رمزية لهما. ويقرر (إلـس) أن هناك العديد من المعتقدات اللاعقلانية Irrational beliefs أو من التوقعات أو الافتراضات اللاعقلانية التي بها ينزع الناس في ثقافة هذا العصر إلى التعامل مع المواقف. وبقدر ما تزداد المعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد، بقدر ما يُتَوقع من تحريف ومن سوء فهم للمواقف، مع ما يتبع ذلك من استثارة انفعالية ومن سلوك لا تكيفي. ويمكن تلخيص العلاج العقلاني الانفعالي بالنموذج (أ - ب - ج - د - هـ) A-B-C D-E) (Paradigm (إلس وجريجر ، 7791) كما يلي: يوجه الفرد (الحالة) بخبرة تنشيطية - أ ، تفجير معتقدات معينة - ب (سلسلة من الأفكار)، يجري تصورها على أنها تقريرات ذاتية داخلية، وبعض هذه المعتقدات قد يكون معتقدات لا عقلانية. والنواتج - ج - هي انفعالات سالبة وما يلازمها من سلوك . ويقوم المعالج بتوجيه الفرد إلى فحص المعتقدات اللاعقلانية - د - عن طريق مساعدته على أن يفحص بدقة مدى صدق تلك التقريرات الذاتية أو مدى عقلانيتها. وهنا يولي هذا الأسلوب العلاجي أهمية كبيرة لتعلم التمييز بين التقريرات العقلانية والتقريرات اللاعقلانية. ولذلك يتمخض العلاج الناجح عن التخلص من الأفكار اللاعقلانية - هـ - مع ما يتبعه من اختفاء للأعراض.
وتعد تعيينات الواجبات المنزلية ركنا مهما من أركان العلاج العقلاني الانفعالي، والذي يتضمن كذلك تعيينات أخرى مثل القراءة العلاجية ، ومهام التحصين النفسي في مواقف فعلية، وتدريبات إعادة البناء المعرفي ، ومخيلة المواجهة.

إعادة البناء المعرفي (*) Cognitive Restructuring :

تهدف طريقة إعادة البناء المعرفي أو العقلاني إلى التوصل إلى الوضوح والتغيير في أنماط التفكير لدى الأشخاص موضع الإرشاد أو العلاج. ووفقا للعلاج العقلاني الانفعالي Rational emotive therapy الذي طوره (اليس) (4791) ، يكون الهدف من استخدام فنيات إعادة البناء المعرفي هو مساعدة الأشخاص على

تنمية قدراتهم على تقييم الأحداث الباعثة على الضيق والأسى وذلك بطريقة أكثر واقعية. ويزخر علم النفس العلاجي بفنيات متعددة لطريقة إعادة البناء المعرفي، وحيث تتشابه فيما بينها بدرجة كبيرة (مايكينباوم، 7791) . ومن هذه الفنيات المتعددة طور (جولدفريد وجولدفريد) (. 891) من طريقة إعادة البناء المعرفي بحيث يتم استخدام هذه الطريقة في أربع خطوات هي :

أولا : أن يتعلم الشخص التحقق من أن معارفنا تقوم بدور الوسائط لعمليات الاستثارة الانفعالية ·

ثانيا : أن يتعلم الشخص أن يتعرف اللاعقلانية في معتقدات معينة. ومن أمثلتها : التشويه أو التحريف في تعريف أو تحديد الذات (Distortions in self-definition) ، والأهداف أو المثل في الحياة الباعثة على الانهزامية (goals/ ideals) (Self-defeating life ، والمعتقدات اللاعقلانية (Irrational Beliefs) عن الناس الآخرين وعن الحياة بصفة عامة·

ثالثا : أن تتم مساعدة الشخص على أن يرى كيف تقوم هذه المعتقدات غير الواقعية بدور الوسيط للانفعالات اللاتكيفية·

رابعا : أن يتعلم الشخص أن يغير هذه المعارف غير الواقعية.

في سياق تطور العملية العلاجية أو الإرشادية بهذه الخطوات الأربع يندمج الشخص، بوعي وبقصد، في عمل شيء ما بشكل مختلف وذلك حينما يشعر بالضيق وعدم الارتياح· وهذا تؤخذ الاستجابة الانفعالية على أنها إشارة أو علامة لإيقاف هذا العمل وإعادة تقييم الموقف· والقصد من ذلك هو توجيه تلك الإجراءات إلى تقييمات أكثر واقعية تؤول بدورها إلى استجابات انفعالية وسلوكية أكثر تكيفية·

الحوار الذاتي الموجه (*) Guided self - dialogue :

وتلك من الفنيات التي تستخدم في بناء المهارات المعرفية للمواجهة Cognitive coping، وقد طورها (مايكنباوم) Meichenbaum (4791) في إطار برامجه المعروفة بالتدريب على التحصين ضد الضغوط Stress Inoculation Training· يقوم التدريب على طريقة الحوار الذاتي باعتبارها استراتيجية مواجهة Coping strategy، وذلك بأن يساعد المرشد أو المعالج الشخص على أن يركز على الحوار الداخلي Internal dialogue، أو على التقريرات الذاتية Self - statements التي بها يفكر الشخص في المواقف المشكلة· ويتشارك الشخص مع المرشد أو المعالج في تعرف التقديرات أو العبارات الذاتية اللاعقلانية والخاطئة والانهزامية (على سبيل المثال : (لا أقدر أبدا على حل هذه المشكلة)) ، ثم في استخلاص التقريرات والعبارات الباعثة على تعزيز أو إزكاء العمل أو القيام بالمهام الإيجابية لتحل محل الحوار الذاتي السلبي· ولذلك حينما نقوم بتدريب الشخص على مواجهة موقف مشكل، فإننا نوجهه إلى توجيه الأسئلة وإلى الإجابة عنها على نحو يساعده على تحليل الموقف بطريقة أكثر عقلانية (على سبيل المثال : (ما الذي عليّ أن أفعله هنا ؟)) . وحينما يتعامل الشخص مع المشكلة، فإنه بدوره يستخلص ضمنيا العبارات الذاتية المشبعة بروح المواجهة (مثل : (خذ خطوة واحدة في المرة الواحدة) ·· (إنك تستطيع أن تواجه هذه المشكلة، فلقد استطعت أن تواجه مشكلات مماثلة من قبل)) ·

ويتضمن هذا الحوار الذاتي مجموعة مهمة أخرى من التقريرات أو العبارات الذاتية التي تقوم على التلفظ غير الصريح (بمدح الذات أو استحسان الذات) (على سبيل المثال : (إن لديك خطة، وهي تعمل بشكل ملائم) ·· (لقد قمت بعمل جيد)) . وعادة ما يتعلم الشخص في البداية أن يجرب وأن يحاول استخدام التقريرات أو العبارات الذاتية في الجلسة الإرشادية أو العلاجية. وعندما يكتسب هذه المهارات ، تعطى له الواجبات أو التعيينات المنزلية ، والتي تتضمن مواقف تزداد في صعوبتها على نحو متدرج ويجري التعامل معها بهذا التوجه الإيجابي في الحوار مع الذات·

اتخاذ القرار (**) Decision making :

يعد اتخاذ القرار جانبا مهما من جوانب التدريب على حل المشكلات، إلا أنه يمكن تعلمه على نحو منفصل· يقوم التدريب على حل المشكلات على تعلم الشخص تقييم البدائل المختلفة واتخاذ الاختيار الحكيم من بينها، ومن ثم تكون جدوى القرار في حسن الاختيار · وفي ذلك يركز التقويم على أربعة أنماط من النتائج أو المرتبات :

(1) النتائج الشخصية
(2) النتائج الاجتماعية
(3) النتائج قصيرة المدى
(4) النتائج بعيدة المدى

وإضافة إلى ذلك، يحتاج الشخص إلى أن يقوم بتقييم للفائدة أو النفع من النتائج المتوقعة· ومن الأهمية بمكان في هذا الشأن أن يدرك الشخص أنه من المستحيل التكهن أو التنبؤ بالمستقبل، ومن ثم ، يمكن فحسب اتخاذ قرارات احتمالية بشأن نتيجة معينة يمكن صياغتها في عبارات عامة· كذلك وبنفس الأهمية ينبغي مساعدة الشخص على تقبل تلك الحقيقة التي تقرر بأن بعض المواقف والمشكلات لا توجد لها في الواقع حلول (جيدة)، ولكنه يمكن للإنسان أن ينتقي أفضل الاختيارات ·

حل المشكلات (*) Problem solving :

تطورت فنيات حل المشكلات ارتباطا بتلك المناحي في العلاج النفسي والخاصة بالتدريب على المهارات· وفي ذلك يقوم المعالج بتعلم الشخص مجموعة من مهارات المواجهة التي تغلب علىها صفة العمومية، والتي تمكنه من التعامل مع المشكلات المستقبلية بطريقة أكثر فاعلية، وذلك بدلا من التركيز على المشكلة الحالية وحدها · ويعد التدريب على حل المشكلات جانبا مهما لأي علاج للأزمات بقدر ما يترتب على الأزمات من

انهيار في قدرات المواجهة، ومن الاضطراب في حل المشكلات · ولهذا يؤدي التدريب على حل المشكلات إلى توسيع ذخيرة المواجهة لدى الشخص، الأمر الذي يسهم في نموه. كذلك فإن هذا التدريب يمنح الشخص دورا نشيطا في العلاج؛ وهو ما يساعده على أن يقوم بأفعال مضادة لنزعاته الاعتمادية على الغير· ويحتوي العلاج عن طريق حل المشكلات عامة على خمسة مكونات أساسية، هي:

1 - في أثناء مرحلة التهيؤ العام للعلاج، يتم الكشف عن الاتجاهات نحو المشكلات عند الشخص ، ومساعدته على تعرف أن المواقف المشكلة هي جوانب عادية في الحياة ، وأنه توجد طرق كثيرة لمواجهة المشكلات، وأنه من الأهمية أن يبدي تماسكا إزاء هذه الضغوط وأن يحجم عن الاستجابة بطريقة اندفاعية حينما تواجهه مشكلة من المشكلات ·

2 - وفي مرحلة تحديد المشكلة ، يتم تحديد الجوانب والمتغيرات المختلفة للموقف المشكل، ووصفها في عبارات محددة ·

3 - وعندما تحدد المشكلة بوضوح يجري استخلاص الحلول البديلة المختلفة وذلك باستخدام طريقة التعاصف الذهنيBrainstorming ·

4 - ثم تخضع الحلول البديلة المستخلصة لعملية تقييم من حيث فائدتها الفعلية، وذلك بتقدير وزن الجوانب الإيجابية (المكاسب) في مقابل الجوانب السالبة (الخسارة) ·

5 - وأخيرا، يعمد المعالج إلى تشجيع الشخص على أن يعمل على اتخاذ قراره وأن يقرر إلى أي حد يمكن أن يصل بالموقف المشكل إلى الحل الملائم·

وفي حالة إدراك الشخص أن المشكلة لم تعالج على نحو ملائم، فإنه يُنْصَح بالعودة إلى مرحلة تحديد المشكلة ثم يمر بالمراحل الأخرى مرة ثانية·

التأمـــل (*) Meditation :

لقد أوصى أصحاب الإرشاد والعلاج النفسي باستخدام فنيات التأمل المختلفة للأغراض الإرشادية والعلاجية· وتكاد تتفق هذه الفنيات عامة على أن الشخص يتلقى التعلمات التي توجهه إلى أن يجلس في سكون ويظل في حالة من التركيز على فكرة أو كلمة معينة أو موضوع أو شيء معين· ويمكن استخدام التأمل باعتباره فنية من فنيات الاسترخاء، وإن كان يستخدم غالبا في تدريبات اليوجا· وتشبه فنيات التأمل ما يعرف بفنيات التنويم المغناطيسي الذاتي Self - hypnosis technique (حيث يقوم الشخص بإعطاء إيحاءات لنفسه)· ومن أمثلة تدريبات التأمل ما يعرف بالتركيز على الشمعة ، حيث تستخدم شمعة مضيئة كنقطة تثبيت، ويطلب إلى الشخص أن ينظر إلى الشعلة وأن يتنفس بطريقة منتظمة إيقاعيا، ثم يغلق عينيه ثم يحاول استعادة صورة الشمعة· وحينما تأخذ الصورة بالتلاشي، يستطيع الشخص أن يعيد فتح عينيه ببطء ثم يغلقهما مرة أخرى ويستمر في تصور الشعلة. وبعد فترة من تقدم عملية التأمل، يأخذ الشخص في التفكير مليا في الجوانب الإيجابية للضوء ويتصور ذلك الضوء بداخله· والهدف من التأمل هو التوصل إلى حالة من الاسترخاء، ومن الانسجام والسلام داخل الذات من خلال الإيحاء الذاتي الإيجابي Positive self - suggestion ·

التوجيـه التوقعـي (*) Anticipatory Guidance :

تلك فنية تقوم على المساعدة التي يقدمها المعالج أو المرشد للشخص لكي يتوقع أحداثا خارجية أو داخلية معينة، ولكي يعد ذلك الشخص الذي يعيش في أزمة لتلك الأحداث، ولكي يكون فيه حالة من التهيؤ للتعامل مع تلك الظروف الضاغطة· ففي تلك الحالة التي يدرك فيها الشخص ماهية النتائج أو المترتبات بعيدة المدى التي قد تتمخض عن حدث أو أحداث الأزمة، فإن ذلك من شأنه أن يساعده - مقدما - على التخطيط ، والتعبئة لطاقاته ولمصادره في سبيل اختيار أنسب الاستراتيجيات الفعالة لمواجهة الأزمة، الأمر الذي يزيد من احتمالات التوافق الانفعالي إزاء تغيرات أو تحولات لا مفر منها· ولذلك يمكن استخدام طريقة التوجيه التوقعي سواء قبل الأحداث المهيئة لوقوع الأزمة أو أثناء علاج أو إرشاد الأزمة ·

(ثانيا) فنيـات من العـلاج السلوكـي

خفض الحساسية المنظم (*) Systematic Desensitization :

وهو من الفنيات الأساسية في خفض القلق، نشأت في البداية على يد (سالتر) (9491) و (وولبي) (8591) · وقد تأسست هذه الفنيات على الافتراض الذي يقرر أن استجابة الخوف يمكن أن تخضع للكف عن طريق استبدال النشاط، بحيث يكون النشاط البديل معارضا لاستجابة الخوف أو متناقضا معها. لذا تتضمن فنيات خفض الحساسية (Desensitization) تعريض الفرد لمواقف تنفيرية Aversive Situations على نحو متدرج في تعريضه لها ، في الوقت نفسه الذي يقوم فيه بمزاولة النشاط الذي يكون معارضا للقلق· ولكي تتم عملية إحداث إشراط مضاد لاستجابة الخوف، فإنه تستخدم في الغالب طرق للتدريب على الاسترخاء قبل برنامج خفض الحساسية . ويمكن لعملية التعرض التدريجي للموقف الباعث على الخوف أن يقوم بها العميل في مخيلته - أي باستخدام تصوراته ، أو في الحياة الواقعية - فعلا ·

وعادة ما تبدأ إجراءات خفض الحساسية بموقف لا يبعث على الشعور بالتهديد· وحينما يتمكن العميل من هذا الموقف ولا يعود هناك قلق يستثار أكثر من ذلك، فإن التدريب يمضي في تقدمه إلى مستوى أكثر تهديدا· وهنا يشجع العميل على ممارسة الاستجابة المتعلمة الجديدة في بيئته الطبيعية لتوفير المزيد من المواقف التي يتعرض لها ولتحقيق عمليات التعميم من مكتب المعالج إلى مواقف الحياة اليومية·

ويقدم (باندورا) (9691) ما يعرف بخفض الحساسية عن طريق الاتصال Contact Desensitization ، حيث يستطيع الفرد أن يلاحظ نموذجا (وليس بالضرورة أن يكون المعالج هو ذلك النموذج) ، ويأخذ في

الاقتراب من الموقف الباعث على الخوف ومن التمكن من هذا الموقف . وتوصل (لازاروس وأبراموفيتز) (2691) إلى فنية من فنيات خفض الحساسية تعرف بمصطلح (المخيلة الانفعالية) Emotive Imagery ، وتلك محاولة لمواءمة إجراءات خفض الحساسية كي يمكن استخدامها بطريقة مناسبة مع الأطفال. وفي هذه الحالة فإن الصور الباعثة على كف القلق Anxiety Inhibiting Images ، كأن يكون الطفل بطلا أو أن يكون الطفل في رحلة مغامرة بصحبة بطل، إنما يجري استدعاؤها عن طريق حكاية قصة للطفل تكون ذات شحنة عالية من القلق. ثم يجري بالتدريج إدخال المواقف أو الأحداث الباعثة على الخوف في القصة ذاتها حتى يتمكن الطفل من كل بنود ذلك النظام الهرمي المتدرج من التحصين أو خفض الحساسية.

ويمكن الجمع بين فنيات خفض الحساسية مع فنيات أخرى كالمخيلة الإيجابية ومخيلة المواجهة والتقريرات الذاتية.

التدريب على التحصين ضد الضغوط (*) Stress - inoculation training :

وهو من الفنيات التي قدمها (مايكينباوم) (5791) Meichenbaum في الأصل لعلاج القلق، رغم أنها استخدمت فيما بعد مع حالات الغضب والألم. وتنتمي فنيات التدريب على التحصين ضد الضغوط إلى منحى التدريب على مهارات المواجهة Coping - skills approach، وهو منحى يسعى إلى تنمية قدرة الفرد على الاستجابة للمواقف الضاغطة بأقل قدر من الاضطراب الانفعالي وبمستوى أعلى من السلوك التكيفي .

ويتضمن العلاج القائم على فنيات التدريب على التحصين ضد الضغوط ثلاث مراحل : الإعداد أو التهيؤ المعرفي Cognitive preparation ، واكتساب المهارات Skill acquisition ، والتدريب على التطبيق Application training. ويتمثل الأساس المنطقي الذي تقوم عليه عملية المواجهة للضواغط Stressors كالخوف أو الألم أو الغضب ، في أن هذه الضواغط جوانب من الحياة لا يمكن تجنبها ومن ثم ينبغي التعامل معها ومواجهتها، وفي أن هذه الضواغط تصبح - نتيجة للتدريب - قوى تعمل على إطلاق استجابات المواجهة التي اكتسبها الفرد حديثا.

التدريب التوكيدي (*) Assertive training :

ويتضمن طائفة من الفنيات التي تستخدم في مساعدة الأشخاص ليكونوا أكثر توكيدية في العلاقات الشخصية المتبادلة.

ويعني السلوك التوكيدي Assertive behavior ذلك (السلوك الذي يمكن الشخص من العمل على خير ما يستطيع، ومن التمكن من نفسه دون شعور بالقلق غير الضروري، ومن التعبير بارتياح عن مشاعره الصادقة ، ومن ممارسة حقوقه دون إنكار حقوق الآخرين) (البرتي وإمونز ، . 791 ، ص 72) .

وتتضمن برامج العلاج أو الإرشاد في هذا الشأن التدريب على المهارات Skills training ، وتكوين الاستجابات المقاومة للقلق Anxiety - antagonistic responses، وتغيير الاتجاهات Attitude change. وتتمثل مكونات التدريبات على المهارات(*) في: النمذجة Modeling ، ولعب الدور Role playing ، والتدريب السلوكي Behavioral rehearsal (البروفة السلوكية) ، والتغذية الراجعة Feedback ، والتعزيز Reinforcement . ولاكتساب الاستجابات المقاومة للقلق، تستخدم طرق التدريب على الاسترخاء Relaxation training وطرق التعريض Exposure (المتخيل أو الواقعي) لمواجهة المواقف الباعثة على القلق. وفي الحالة التي يكون فيها لدى الشخص نوع من المعارف أو القيم أو الاتجاهات التي تؤدي إلى كف الاستجابات التوكيدية ، فمن المفيد في هذا الشأن استخدام طرق إعادة البناء المعرفيCognitive restructuring والتي تقوم على المكاشفة والتحري للمعتقدات اللاعقلانية Irrational beliefs ، وعلى المناقشة للتوقعات الخاصة بتأثير السلوك التوكيدي الجديد.

وفي كل ذلك تتضمن أيضا معظم برامج التدريب التوكيدي تعيينات الواجب المنزلي Homework assignments لتوفير المزيد من الممارسات ولزيادة التعميمات. ويتحقق التدريب على التوكيدية فرديا أو في جماعات .

التفجر الداخلي (الغمر) (**) Implosion (Flooding) :

يعد (ستامبفل) (1966) Stampfel أول من طور فنية العلاج بالتفجر الداخلي أو العلاج بالغمر Implosive (Flooding) Therapy واستخدمها مع المحاربين القدامى. وهي فنية تنتمي إلى فئة فنيات خفض القلق Anxiety - reduction techiques. وتقوم هذه الطريقة على الافتراض الذي يقرر بأن أي خوف يمكن إبطاله عن طريق تزويد الفرد بالخبرة التي لا تحدث معها استجابات متوقعة من الخوف المرتفع . ولذلك، فإن المهمة الأساسية للمعالج هي أن يقوم على نحو متكرر باستعادة أو باستحضار أو بإعادة أحداث تلك المواقف التي اقترنت معها استجابة القلق. وفي حالة استدعاء موقف باعث على القلق، سواء كان موقفا حيا أو في مخيلة الفرد، فإن المعالج يحاول أن يبقي الفرد عند هذا المستوى الأقصى من القلق. وحينما يخبر الفرد هذا المستوى المرتفع من القلق، فإنه يظل باقيا عند هذا المستوى حتى يحدث ذلك التناقص في قيمة المواقف الباعثة على القلق.

ويتم تقديم نفس الموقف لعدة مرات حتى يتوقف عن استدعاء حالة القلق . كذلك يلجأ المعالج إلى التنوع في شكل تلك المواقف لإحداث المزيد من التعميم لخفض القلق إزاء تلك المواقف وما تتضمنه من قيمة أو من رموز أو علامات تستدعي القلق بحكم قوانين الإشراط. وإضافة إلى ذلك ، عادة ما يعطى للفرد تعيينات للواجب المنزلي لتزويده بالمزيد من التكرارات الإضافية لإعادة مثل هذه المواقف .

النمذجــة (*) Modeling :

وهي من فنيات الإرشاد السلوكي أو العلاج السلوكي (تعديل السلوك)، وتستخدم في تعلم أنماط سلوكية

جديدة، وفي زيادة تكرار الأنماط السلوكية المرغوبة، وفي علاج المخاوف. ومن أكثر الأشكال بساطة في استخدام فنية النمذجة، أن يتفاعل الفرد مع فرد أو أكثر من فرد يقوم بعرض السلوك موضوع الهدف. وهذا النموذج يمكن أن يقدم كنموذج حي ، أو كنموذج رمزي (بالفيديو مثلا) ، أو كنموذج متخيل. وهناك أشكال أخرى لهذا الإجراء الأساسي، ومنها : النمذجة التشاركية Participant Modeling (حيث يقوم الفرد بالإتيان بالسلوك موضع الهدف مع المعالج في الوقت نفسه) ، والنمذجة الموجهة Guided Modeling (وفيها يقوم المعالج بتقديم مساعدة مباشرة)، والجمع بين النمذجة مع طريقة تعزيز الجهود الناجحة. وتعد ممارسة السلوك موضع الهدف هي الجانب المهم في النمذجة الناجحة. ومن الطرق التي تستخدم مع فنية النمذجة طريقة التدريب السلوكي (البروفة السلوكية) أثناء الجلسات، كما قد تستخدم معها (تعيينات الواجبات المنزلية) .

التدريب السلوكي (البروفة السلوكية) (*) Behavioral Rehearsal :

في هذه الطريقة يتعلم الشخص أنماطا جديدة من السلوك عن طريق ممارستها أثناء الجلسة العلاجية أو الإرشادية . وتقوم فنية البروفة السلوكية على توفير خطوة وسيطة في تغيير السلوك، وصولا إلى عملية التغير النهائي في السلوك حالما يحاول الشخص تجريب الأنماط السلوكية الجديدة. وتعد هذه الطريقة من الإجراءات العلاجية والإرشادية في حالات الاضطرابات السلوكية وفي إعداد هؤلاء الأشخاص للمواقف الجديدة (مثال ذلك، حالات ضحايا الجرائم ومنها ضحايا جرائم الاغتصاب).

وعادة ما تسير العملية العلاجية أو الإرشادية وفقا لفنية البروفة السلوكية في أربع مراحل، هي :

(1) تهيئة الشخص (من خلال إيضاح الحاجة إلى تعلم نمط جديد من السلوك، وإقناعه باستخدام البروفة السلوكية باعتبارها طريقة لهذا التعلم، ومساعدته على التغلب على ما يبدو أمامه من صعوبات) .

(2) اختيار المواقف موضوع الهدف.

(3) البروفة السلوكية .

(4) نقل هذه الخبرات الجديدة إلى مواقف الحياة اليومية. ويمكن استخدام البروفة السلوكية من خلال عملية التشكيل التدريجي Gradual shaping ، كما يمكن الجمع بين البروفة السلوكية وغيرها من الفنيات الأخرى مثل النمذجة والتغذية الراجعة.

لعب الدور (**) Role Rlaying :

يأخذ لعب الدور - باعتباره فنية علاجية - معنيين في العلاج النفسي : تمثيل الدور لموقف يسترجعه الشخص من حياته ويكرره في الوقت الحالي ، وتمثيل الدور المتعلق بمجموعة من الأنماط السلوكية التي تختلف عن الأنماط السلوكية المعتادة لدى الشخص. ومع ذلك، فإن هذين الاختلافين في معنى لعب الدور يرتبط كل منهما بالآخر. فغالبا ما يستخدم تمثيل الدور لموقف مشكل كنقطة انطلاق لتعلم الشخص طرقا جديدة في التعامل مع هذا الموقف.

كذلك ، يمكن استخدام لعب الدور باعتباره فنية للقياس والتقويم للحصول على معلومات فيما هو أبعد من الوصف اللفظي الذي يقدمه الشخص (مثل تقويم المهارات الاجتماعية لدى الشخص)، ولتعلمه أنماطا سلوكية جديدة. لذا تعد فنية لعب الدور مقوما أساسيا من مقومات بناء البرامج المختلفة في التدريب على المهارات.

المخيلة : مخيلة المواجهة والمخيلة الإيجابية (*) : Imagery : Coping and Positive

تعني المخيلة تلك الصورة الذهنية أو التمثيل المعرفي للخبرات أو المواقف الشخصية، ولذلك يمكن استخدام المخيلة بديلا لمواقف الحياة الواقعية (على سبيل المثال، تخيل إلقاء كلمة أو خطاب أمام مجموعة كبيرة من المستمعين) ، كما هي الحال في طريقة (خفض الحساسية المنظم) . ويفضل بعض الخبراء استخدام الصورة الذهنية للشخص في اتحادها مع الفنيات السلوكية الأخرى.

وفي حالة استدعاء مخيلة المواجهة Coping imagery ، يجري توجيه التعلمات إلى الشخص بأن يتخيل أنه قادر على مواجهة موقف صعب معين، بحيث إن هذا الشخص يتصور نفسه يمارس نشاطا يكون صعبا للغاية أو يكون باعثا على شدة القلق.

أما المخيلة الإيجابية Positive imagery ، فترتبط بوضوح بمخيلة المواجهة، حيث يقوم الشخص بتخيل صورة إيجابية عن الذات Positive self - image. ولقد طور (ساسكند) (. 791) طريقة تعرف بفنية صورة الذات التي يوجه الشخص إلى إدراكها في صورة مثالية (Idealized self-image technique ISI"")) ، حيث يطلب إليه أن يتخيل بعضا من التغيرات المرغوبة في سلوكه، ثم يُشجع بطريقة نشيطة على فرض صورة الذات المثالية هذه على صورة الذات الحالية. وهذا الإجراء العلاجي يستند إلى الافتراض بأن الصورة الإيجابية الجديدة عن الذات تستخدم كأساس لاستثارة أنماط سلوكية جديدة تلازم صورة الذات الجديدة .

إيقاف التفكير (*) Thought Stopping :

تهدف هذه الفنية - كما هو واضح من تسميتها - إلى إنهاء تدفق أفكار أو معارف غير مطلوبة، كالأفكار الانهزامية أو الأفكار الباعثة على الخوف أو الأفكار الاجترارية (ولبي، 8591) . ووفقا لهذه الطريقة ، يطلب إلى الشخص أن يفكر عن قصد في معلومة غير مرغوبة. وحينما يبدي أنه اندمج بعمق مع المعلومة ، عندئذ يصيح فيه المعالج قائلا : (قف)!. وغالبا ما ينتج عن هذا الإجراء استجابة مروعة قد تعمل على اعتراض سبيل التفكير غير المرغوب وإبطاله. وباستخدام هذه الخبرة كنموذج، يطلب إلى الفرد بعد ذلك ممارسة عملية التفكير - التوقف Thought- stopping في العلاج، ثم يطلب إليه أن يمارس تلك العملية مع

نفسه· وفي بداية هذه العملية يطلب إلى العميل أن يرفع صوته بقوة أو حتى يصرخ بقوة عند تلفظه للأمر (قف) ، ولكن في النهاية تؤدي هذه الإشارة النابعة من الذات بطريقة مستترة أو مقنعة·

العـون الذاتـي (**) Self - Help :

ويتم من خلال فنيات تطلق على الجهود الرامية إلى تحقيق التغير في السلوك مع أقل قدر من التفاعل مع المعالج أو من دون هذا التفاعل· ويمكن أن تأخذ برامج العون الذاتي منحى فرديا عن طريق الفرد فقط، أو منحى جماعيا· فقد تتضمن هذه البرامج مشاركة في جماعة، حيث يعيش جميع أعضاء هذه الجماعة خبرة مشتركة من المعاناة من ذات المشكلة ،ومن ثم يحاولون تيسير عمليات التغير من خلال تقديم العون والمساندة لبعضهم بعضا·

لقد نشأت برامج العون الذاتي الفردي Individual self - help programs (برامج التعديل الذاتي - Self modification) أساسا من خلال تيار تعديل السلوك (تينور ، 8791) ، واضعين في اعتبارنا أن كتاب (كارن هورني) - وهي من الفرويديين الجدد من أصحاب المنحى الاجتماعي في التحليل النفسي - في عام (2491) عن التحليل الذاتي Self - analysis، يعد استثناء من هذا التيار السلوكي· والواقع إن كثيرا من برامج العون الذاتي تطورت على يد الاختصاصيين الكلينيكيين أو الباحثين الأكاديميين الذين يقدمون معارفهم من خلال كتب للعون الذاتي Self - help books (انظر أيضا (العلاج بالقراءة) أو (القراءة العلاجية))·

ومن ناحية أخرى ، تنشأ برامج جماعات العون الذاتي Self - help groups حينما يوجد أفراد عديدون ممن يخبرون نفس المشكلة أو الأزمة، ومن ثم يقرر هؤلاء الأفراد أن يُكَوّنوا جماعة، حيث يمكن لكل شخص فيها أن يتعاطف مع الآخر، وأن يعمل كل المشاركين معا في سبيل حل المشكلة أو مواجهة الأزمة· وقد شهد الإرشاد والعلاج النفسي نماذج عديدة من هذه البرامج التي قد يصعب حصرها في قائمة واحدة، كما ظهرت كتب كثيرة توفر للاختصاصيين والممارسين في مجالات الإرشاد والعلاج النفسي التوجيهات اللازمة لبناء برامج جماعات العون الذاتي (مثل كتاب أورباش6791 Orbach)·

التدريب على مهارات العلاقات الشخصية المتبادلة (*) Interpersonal skills training :

تتضمن مهارات العلاقات الشخصية المتبادلة (أو المهارات الاجتماعية) طائفة واسعة من السلوك الذي ينطوي على أهمية كبيرة في مواقف التفاعل مع الأشخاص الآخرين· ومن أمثلة البرامج الرامية إلى تنمية المهارات الاجتماعية : التدريب على التوكيدية أو التدريب التوكيدي، والتدريب على الاتصال، والمحادثة (جالاسي وجالاسي، 7791) ، والمحافظةعلى المواعيد، والمقابلات (پرازاك، 9691)، والتنافس العادل (باتش وايداتن ، . 791)، والكشف عن الذات، ونحو ذلك . وقد استخدم الباحثون في برامج التدريب على المهارات الاجتماعية فنيات أساسية، من أبرزها: النمذجة، ولعب الدور، وقلب الدور، والتغذية الراجعة، وتدريبات الواجب المنزلي·

التغذية الراجعة (*) Feedback :

لقد اشتق مصطلح (التغذية الراجعة) أو (التغذية المرتدة) في الأصل من (السيبرنطيقا)، أما حينما نستخدمه في الإرشاد أو العلاج النفسي، فإن هذا يعني تزويد الفرد (الحالة) بالمعلومات المناسبة عن نفسه والمتعلقة بجوانب معينة من السلوك· ويمكن أن تأخذ التغذية الراجعة أشكالا كثيرة، منها : المديح أو الاستحسان، أو الإثابة، أو التعليمات اللفظية، أو تسجيلات الفيديو·

وتستخدم فنيات التغذية الراجعة في برامج مختلفة للتدريب على المهارات Skills - training programs ، حيث تسهم في فعالية هذه البرامج·

التحكم في الألـم (**) Pain Control :

لقد طورت برامج التحكم في الألم، شأنها في ذلك شأن طرق (التحصين ضد الضغوط) ، لمواجهة حالة القلق أو الغضب، ولتعلم المفحوص وتدريبه على مواجهة الألم المتوقع أو الحاد أو المزمن· وتعد الإجراءات المستخدمة في هذه البرامج معقدة إلى حد ما ؛ إذ إنها تحتوي على جوانب معلوماتية لإحداث تأثير في التقدير المعرفي Cognitive appraisal ، وعلى التدريب على الاسترخاء (التغذية الراجعة الحيوية Biofeedback) لخفض التوتر المرتبط بالألم، وعلى إعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring لإزكاء إمكانات المواجهة لدى الفرد لحالة الضيق أو عدم الارتياح ·

التغذية الراجعة الحيوية (***) Biofeedback :

تتميز برامج التدريب على التغذية الراجعة الحيوية بأنها تستخدم عددا من الفنيات· وبناء على فنيات التغذية الراجعة الحيوية، يجري تزويد الأشخاص المتدربين بمعلومات مستمرة تتعلق بنشاط بعض الأنظمة الفيزيولوجية. ومما يشيع استخدامه في هذا الميدان بصفة خاصة ، فنية التغذية الراجعة للنشاط العضلي (كما تحددها الصورة البيانية الكهربية للانقباضات والاسترخاءات العضلية ("Electromygram "EMG)) ، والتغذية الراجعة لنشاط الدماغ (وتحددها الصورة البيانية الكهربية لنشاط الدماغ) (Electroencephalogram "EEG"))، والتغذية الراجعة لمعدل ضربات القلب (وتحددها الصورة البيانية الكهربية لعمل القلب (Electrocardiogram :EKG"))· أما في حالة التغذية الراجعة الكلينيكية ، فيحاول الشخص أن يغير بعض الاستجابات الفيزيولوچية في اتجاه يعتقد أنه ذو فائدة له ·

ولكي تحقق طريقة التدريب على التغذية الراجعة الحيوية أهدافها، يجري تيسير انتقال أثر التدريب من خلال تدريب الأشخاص على ممارسة طرق الاسترخاء التي لا تحتاج إلى استخدام أجهزة إلكترونية ·

(ثالثا) فنيات من العلاج الجشطلتي

الكرسي الخالـي (*) Empty chair :

هذه الطريقة هي واحدة من فنيات العلاج الجشطلتي التي طورها (فريتز بيرلز) (9691)، وتستخدم في مساعدة الأشخاص موضع الإرشاد أو العلاج على إيضاح مشاعرهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم، وعلى التوفيق بين التناقضات المتصارعة. وفقا لهذه الطريقة يجلس الشخص على كرسي في مواجهة كرسي خال . ثم يُشَجّع على أن يبدأ حوارا بين الأفكار والمشاعر والنزعات المتصارعة، وعلى أن يقوم بتحريك الكرسيين في كل جانب من الجوانب التي يتخذها. كذلك يمكن استخدام طريقة الكرسي الخالي لإيضاح العلاقات مع الناس الآخرين. ولكي يحقق الشخص ذلك، فإنه يتخيل شخصا آخر في الكرسي الخالي ويندمج في حوار مع هذا الشخص، حيث يقوم في البداية بتوجيه الكلام إلى نفسه ثم يحرك الكرسيين ويأخذ في الاستجابة إلى ذلك الشخص المتخيل.

المقعد الساخن (**) Hot seat :

تلك طريقة أخرى تُكَوّن ، إضافة إلى طريقة (الكرسي الخالي)، ما يعرف بـ (فنيتي الكرسيين) The Two-chair techniques، وهما من الطرق التي طورتها فنيات (العلاج الجشطلتي) كما قدمه (بيرلز) (9691).

ويستخدم (بيرلز) طريقة المقعد الساخن في ممارسة العلاج الفردي في موقف جماعي، حيث يجري تخصيص المقعد الساخن لذلك الشخص (الحالة) الذي يكون في حالة من الاستعداد والتهيؤ للتعامل مع مشكلة. وهنا يفترض (بيرلز) أن وجود الآخرين في هذه الاستراتيجية العلاجية من شأنه أن يزيد من فاعلية الشخص في الكشف عن الذات أو إظهار الذات Self - Revelation ، وأن يستدعي ضغطا اجتماعيا لمتابعة عملية التعامل مع المشكلة مع (التعهد بالتغير) (Committment to change).

وفي كثير من الحالات يجري الجمع بين (المقعد الساخن) و(الكرسي الخالي) في تنظيم عملية العلاج الجشطلتي.

إثـارة الغضـب (*) Anger provocation :

وهي فنية من فنيات التدخل في الأزمات تستخدم في تشجيع الأشخاص على التعبير عن غضبهم المشوب بالقمع وذلك نحو المعالج الذي يجعل من نفسه الهدف للغضب في الموقف العلاجي.

ويبدو الأساس المنطقي لهذا المنحى في أن الغضب يمكن أن يستثير الدافعية في الفرد، ومن ثم يساعده على التغلب على السلبية المرضية. وتنطوي هذه الطريقة على اتجاه عدواني- استفزازي من جانب المعالج. ومن الأساليب التي تستخدم في هذه الطريقة التأخير عن قصد في مواعيد المقابلات أو الجلسات، وإهمال الشخص أثناء المقابلة أو الجلسة (كأن يقوم المعالج بقراءة الجريدة بدلا من التحدث معه)، ثم يستجيب بطريقة تعزيزية حالما يعبر الشخص عن غضبه إزاء هذه المعاملة.

وتؤكد نتائج البحث والخبرة الكلينيكية في هذا الميدان، أن طريقة إثارة الغضب ذات فاعلية في العمل مع حالات الاكتئاب الشديد. كذلك، ينبغي استخدام طريقة إثارة الغضب فقط في تلك الحالات الاستثنائية التي تخفق فيها الجهود الأخرى في تعبئة طاقات الفرد وتنشيط دافعياته.

التعبيـر عن الغضب (**) Anger expression :

تتناول هذه الفنية الغضب باعتباره انفعالا يخبره الناس عادة إبان الصدمة، إلا أن التعبير الصريح عن الغضب غالبا ما يلقى تأنيبا أو استنكارا من المجتمع وعلى المستوى الرسمي، لذا يجد كثير من الأشخاص صعوبة في معرفة غضبهم أو تعرفه. ويتحدد الهدف من التعبير عن الغضب في مساعدة الشخص على فهم مشاعر الغضب وتقبلها ، لأنه حالما يجري إقـراره والاعتراف به فإنه يتيسر بالتـالي التخلص منــه من خــلال الأدلــة والبراهين العقلانيــة، أو التعبير عنه بأسلوب مــلائم وذلك باستخــدام التعبــيرات التوكيدية Assertive statements .

ويمكن للمعالج أن ييسر من عملية التعبير عن الغضب باستخدام عبارات الكشف أو الإفصـاح عن الذات Self- disclosure (على سبيل المثال، (لو أن هذا حدث لي ، فإني سأكون غاضبا للغاية))، أو بواسطة عبارات كاشفة أو سابرة (على سبيل المثال (ألا يجعلك ذلك غاضبا ؟)) ، أو بواسطة قلب الأدوار حيث يلعب المعالج دور الحالة ثم يعبر صراحة عن حالة الغضب.

وفي مواقف العلاج الجمعي أو الإرشاد الجمعي، يمكن استخدام الأشخاص المشاركين الذين يبدون حرية أكبر في التعبير عن الغضب (كنماذج) للأشخاص الذين يتصفون بحالة أكبر من الكف. وفي ذلك يلجأ المعالج إلى تيسير عمليات التفاعل داخل الجماعة العلاجية على نحو يشجع المشاركة الصريحة في المشاعــر .

الانفعـال المستحـث (*) Induced affect :

تهدف هذه الطريقة إلى خفض الانفعالات لدى الشخص (الحالة) أو إلى تحريره من الانفعالات. وتستخدم هذه الطريقة مع الأشخاص الذين كانوا ضحايا في أحداث صدمية، كالاغتصاب أو الاعتداء أو التعذيب. ووفقا لهذه الطريقة يبدأ المعالج مع الشخص بتدريبه على الاسترخاء من خلال تعلمات توجه إليه، ثم يسأله عن الحدث الصدمي ويطلب إليه أن يصف كل تفاصيل هذا الحدث. وهنا يسعى المعالج إلى تشجيع الشخص على التعبير الحر عن الانفعالات، وإلى مساندته في استجلاء تلك المشاعر المرتبطة بذلك الحدث. ومن شأن هذا الإجراء أن يساعد الشخص على أن يقف على الانفعالات المختلفة التي تواترت في وقت الحدث ويستبصرها، بما فيها تلك الانفعالات التي غشيها النسيان أو انغلق العميل عليها ، وكذلك على أن يتقبل تلك الانفعالات وأن يعمل من خلالها، وأن يتجاوزها ويعلو عليها.

التحكم في الغضب (**) Anger - control :

يعد التحكم في الغضب (أو إدارة الغضب Anger Management) فنية من فنيات التدريب على التحصين

ضد الضغوط، وقد طورها (نوفاكو) (9791)٠ ويعتبر (نوفاكو) أن للغضب وظائف إيجابية، ولذلك لا ينبغي أن نُعَلّم قمعه٠ من ناحية أخرى، فإن الهدف من التدريب هو تعلم تعرّف الغضب والتعبير عنه بطريقة تكيفية . ويأخذ التدريب على التحكم في الغضب ثلاث مراحل ، هي:

المرحلة الأولى، وهي مرحلة الإعداد أو التهيؤ Preparation ، وتقوم على تعلم المتدربين طبيعة الغضب ومثيراته ومحدداته، وعلى تعرف وتحديد المواقف التي تفجر الغضب، وتمييز النمط التكيفي في مقابل النمط اللاتكيفي للغضب، وتقديم فنيات إدارة الغضب باعتبارها استراتيجيات لمواجهة الضغوط وللتعامل مع الصراعات ٠

المرحلة الثانية ، وهي مرحلة اكتساب المهارات Skill acquisition ، وتتضمن تعلم المهارات المعرفية والسلوكية لمواجهة مواقف الغضب٠ فعلى المستوى المعرفي، يجري تعلم الشخص (الحالة) تعديل طريقته في تقييم الموقف الذي ينشأ فيه الغضب، كما يتدرب على التعلم الذاتي Self - instruction الذي يعتمد عليه على أنه موجه داخلي للسلوك٠ وتستخدم في ذلك أيضا طريقة حل المشكلات لتقوية القدرة على مواجهة المواقف الصعبة والتعامل معها٠ ويتضمن المُكَوّن السلوكي في مرحلة اكتساب المهارات تدريبات على الاسترخاء وإرجاء السلوك الاندفاعي ، وتدريبات في التواصل اللفظي٠

وفي هذا يتم اكتساب مهارات التحكم في الغضب من خلال عمليات التعلم والنمذجة Modeling والبروفة السلوكية Behavioral rehearsal٠

أما في المرحلة الثالثة ، وهي مرحلة التطبيق Application ، فيقوم المعالج باستثارة حالة من الغضب ٠ ويستخدم هذه الاستفزازات المصطنعة في التدريب على مهارات مكتسبة جديدة٠

(رابعا) فنيات التدريب على الاسترخاء

الاسترخاء العضلي العميق (*) Deep muscle relaxation :

تتضمن فنية الاسترخاء ، كما طورها (جاكوبسون) (4791)، التدريب المتغاير للاسترخاء من التوتر Tension - relaxation contrast training ، حيث يجري تدريب الشخص على تغيير الإحساس بالتوتر وتصريفه من كل موضع من المواضع العضلية الرئيسة : اليدين ، والذراعين ، والصدر ، والكتفين ، والظهر الأعلى، والظهر الأسفل، والبطن، والردفين، والفخذين، والقدمين، وعضلة الساق، والرقبة، والحنجرة، والفكين، والعينين، والجبهة ٠ ويمارس الاسترخاء الكلي Total relaxation عادة من خلال وضع الجلوس على كرسي يسمح بالاستلقاء ويشمل كل المواضع العضلية في جلسة تدريبية ٠

أما الاسترخاء التفاضلي Differential relaxation ، فيمكن ممارسته في الوقت نفسه الذي يجري فيه أداء أنشطة أخرى٠ وفي هذه الفنية من الاسترخاء، يعمد الشخص عن قصد إلى استرخاء تلك العضلات غير المستخدمة أثناء ذلك النشاط الجاري٠ فعلى سبيل المثال، يمكن للسكرتيرة، في حالة ممارسة نشاط الكتابة على الآلة الكاتبة، أن تتعلم عن قصد تصريف التوتر الذي تحس به في المنطقة الجبهية من الدماغ٠ ولكن الاسترخاء التفاضلي يأتي تعلمه عادة بعد أن يتقن الشخص عمليات الاسترخاء العضلي الكامل ٠

التحكم في التنفس (**) Breath control :

وفقا لهذه الطريقة يجري تدريب الأشخاص على التنفس البطني العميق Diaphragmiatic breathing (أي التنفس عن طريق حركات الحجاب الحاجز أساسا) ٠ فبعد عملية الزفير، تكون الخطوة التالية هي استنشاق الهواء وفي الوقت نفسه يُدفع الحجاب الحاجز إلى أسفل وإلى الخارج (في شكل بطن منتفخ)، وهذا من شأنه أن يوفر مساحة كافية للهواء كي يدخل إلى الرئتين. ثم يطرد الهواء ببطء ، في حين يجري في الوقت نفسه إعادة البطن بالتدريج إلى وضعه الطبيعي٠ كذلك يطلب إلى الشخص أثناء التدريب أن يقوم بعملية العد بطريقة إيقاعية، وأن يقضي فترات متساوية من الوقت في عمليات الشهيق والزفير٠ ويستخدم التحكم في التنفس في الغالب كطريقة للتدريب على الاسترخاء ، كما يمثل جانبا مهما من طرق التدريب على مواجهة القلق أو التحصين ضد الضغوط ٠

التدريب الذاتي (*) Autogenic training :

وهي طريقة من طرق التدريب على الاسترخاء، طورها في البداية (شولتز ولوثي) (9591)٠ وتتضمن هذه الطريقة التدريب على التحكم في الوظائف الجسمية والمتخيلة من خلال الإيحاء الذاتي Auto - suggestion ٠ ويتم التدريب عن طريق التوجيه المباشر من قبل اختصاصيين في العلاج٠ ويقوم التدريب أولا على تعلم الشخص أن يجعل عضلاته المختلفة في حالة من الاسترخاء، يتمدد المتدرب على الأرض أو على فراش صلب، ثم تبدأ التدريبات بالتنفس العميق المنظم، وبعدها توجه تعلمات إلى المتدربين بأن يقولوا لأنفسهم : (أشعر بأن قدميّ ثقيلتان ودافئتان) ، وبأن يركزوا على هذا الشعور ٠ وتتكرر مثل هذه التعلمات بالنسبة لكل الأجزاء الأخرى الرئيسة من عضلات الجسم٠ وبتطور التدريب ، يتعلم الفرد بعض الإيحاءات الموجهة لضبط أنظمة أعضاء الجسم المختلفة، مع تفاعل تلك الإيحاءات مع عمليات التخيل٠

التمرينات البدنية (**) Physical exercise :

يؤكد الاختصاصيون الكلينيكيون ، ومن ذوي الخلفيات النظرية المتعددة، أهمية اللياقة البدنية بالنسبة للصحة النفسية. وفي ذلك يعتبر (لازاروس) (5791) التدريب على اللياقة البدنية أنه تدريب على استجابات المواجهة Coping response ٠ ويركز سولومون وباميوس (8791) على الإحساس بالإتقان أو الكفاءة الذي يرتبط بالأداء البدني، في حين يسلم (سيليي) (6791) بأن التدريبات البدنية تعمل على إزاحة المعارف الباعثة على القلق٠ ومن استعراض للدراسات التي تناولت تأثير اللياقة البدنية على الصحة النفسية، يخلص

(فولكنز وسايم) (1891) إلى أن تدريبات اللياقة البدنية تؤدي إلى تحسن في الحالة المزاجية ، وفي مفهوم الذات، وفي أداء العمل. ويقدم (كوبر) (. 791) توجيهات محددة لبناء برامج للتدريبات البدنية داخل إطار واسع من النشاطات كالمشي أو الجري غير السريع أو ركوب الدراجات أو السباحة أو كرة اليد ، وغير ذلك من أشكال الرياضة البدنية.

التدليك (*) Massage :

تستخدم طرق التدليك لخفض التوتر العضلي، حيث تساعد على زيادة الدورة الدموية موضعيا وعلى خفض الألم. ويمكن زيادة تأثير طرق التدليك تفاعلا مع طرق أخرى، مثل التدريب على الاسترخاء، والتدريبات البدنية مثل الألعاب الرياضية .

الغذاء والتغذية (**) Diet and nutrition :

تتأكد أهمية الغذاء المتوازن للصحة الجسمية وللفعالية النفسية، حتى إن المدخل الغذائي في صحة الجسم والنفس صار من الموضوعات والقضايا الشائعة بين الاختصاصيين والحالات من الأشخاص الذين يلجأون إليهم طلبا للمساعدة. وتفسر هذه الأهمية تلك الزيادة في عدد الكتب والمجلات والصحف التي تناقش تلك القضايا. ولقد بات من الواضح أن المواد الغذائية التي يحتاج إليها الشخص لا تتوقف فحسب على خصائصه التشريحية والفيزيولوجية، ولكنها رهن أيضا بالمتغيرات النفسية مثل مقدار الضغط النفسي والتوتر والقلق الذي يخبره ذلك الشخص. فالضغط النفسي، على سبيل المثال، يزيد من مقدار الفيتامينات التي يحتاج إليها الجسم (دافيز ، . 791) . وقد تنجم عن النقص الغذائي آثار نفسية جانبية متعددة، كالصداع والدوار والتقلب المزاجي وسرعة الاستثارة . وقد صدر في هذا الميدان مجموعة متنوعة من الكتب القيمة التي يمكن استخدامها كأسلوب من أساليب الإرشاد الفردي. وفي هذا يستعرض (كاسالي) (5791) أكثر من مائتي كتاب. ويقدم من خلال هذا العرض والتحليل بعضا من الأدلة والموجهات فيما يتعلق بالوعي الغذائي والتدريب الغذائي ارتباطا بفعالية البدن والنَفْس وفي وحدتهما الوظيفية.

(خامسا) فنيات أخرى

الإصغاء الفعال (*) Active Listening :

يتضمن الإصغاء الجيد والفعّال من المعالج أو المرشد أو الاختصاصي إبداء الانتباه بعناية، سواء من الناحية الجسمية أو النفسية للرسائل التي ينقلها إليه الشخص موضوع الإرشاد أو العلاج أو طالب العون. وفي ذلك يقوم الاختصاصي بالتواصل مع الشخص من خلال الفهم والاستشعار لانفعالاته وذلك بواسطة إعادة صياغة وتلخيص العبارات أو التقريرات الصريحة التي يقررها هذا الشخص، وبواسطة الاهتمام بالإشارات غير اللفظية أو ما وراء التصريحات اللفظية Paraverbal والتعلق على تلك الإشارات الضمنية، وكذلك بواسطة توجيه الشخص إلى توضيح وتوسيع القضايا المطروحة في عملية التواصل مع الاختصاصي وتوسيع تناولها . ومن الأهمية بمكان أن يسمح للشخص بتوجيه تدفق المحادثة وبتجنب التقريرات الناقدة أو تقريرات الأحكام.

وقد يفهم البعض (الإصغاء) على أنه عمل سلبي من طرف الشخص المستقبل للرسائل الاتصالية من جانب الشخص المُرْسِل، ولكن الإصغاء يتضمن في الحقيقة عملية نشيطة وفعالة للغاية من حيث التواصل مع الشخص المرسل ومن الاستجابة لكل رسائله. وهي لا تتضمن مجرد الإصغاء بآذاننا للكلمات الصادرة عن الشخص موضع العون والرعاية ، وبعيوننا للغة الجسم البادية منه، ولكن الإصغاء هو نوع كامل من الإدراك الذي يصفه البعض بالعبارة : (الإصغاء بالأذن الثالثة) "Listening with the third ear".

الإرشاد أو العلاج الزواجي (**) Marital Counseling/therapy :

يتصف ميدان الإرشاد أو العلاج الزواجي، كما هي الحال في العلاج الأسري، بتعدد توجهاته النظرية ، ويتضح ذلك مما يحدده (ستامان) (7791) من أشكال التدخل في ميدان الإرشاد أو العلاج الزواجي، فيما يلي :

(1) العلاج الموحد Conjoint therapy ، وفيه تتم العملية الإرشادية أو العلاجية من خلال معالج أو مرشد واحد مع الزوجين معا.

(2) الإرشاد التبادلي Tandem counseling، حيث يتم تبادل الجلسات الفردية وتعاقبها مع كل من الزوجين، أحدهما بعد الآخر وبشكل متناوب، وذلك بهدف علاج المشكلات الفردية.

(3) المنحى التشاركي Collaporative approach للإرشاد أو العلاج الزواجي، وفيه تعقد الجلسات الإرشادية أو العلاجية مع كل من الزوجين على حدة، مع معالجين أو مرشدين مختلفين، ولكن في الوقت نفسه الذي تتم فيه تلك الجلسات .

(4) العلاج التلازمي Concurrent therapy ، وهو منحى إرشادي علاجي يقوم به المعالج مع كلا الزوجين، ولكن في جلسات فردية.

(5) العلاج الفردي Individual therapy ، حيث يخضع أحد الزوجين للعلاج أو الإرشاد، وهو منحى تبين أنه أقل فاعلية من المناحي التشاركية .

ويبرز تيار إرشادي علاجي متأثر بنظرية التعلم الاجتماعي وبالمفاهيم الاجتماعية يؤكد أهمية المناحي المنظمة والمحددة البناء Systematic and structured approaches في تدخلات الإرشاد أو العلاج الزواجي، وخاصة فيما يعرف بالعلاج الزواجي السلوكي Behavioral marriage therapy.

ويتمثل الهدف العام لهذه المناحي في زيادة معدل التفاعلات القائمة على الإثابة Rewarding interactions بين الزوجين ، مع خفض معدل التفاعلات القائمة على إثارة النفور أو البغض، وفي تحسين أساليب حل الصراعات بين الزوجين، وفي تنمية مهاراتهما في حل المشكلات، وكذلك في تحسين التفاعل الاتصالي بينهما.

وتتضمن الطرق الإرشادية أو العلاجية فنيات متعددة ، مثل التدريب على مهارات التواصل (جوتمان وآخرون ، 9791) ، والتعاقد والتفاوض (وايس ، 5791) ، والتشاجر الرحيم Fighting Fair (باش و وايدن ، . 791) ، وحل المشكلات (چاكوبسون، 7791) ، وحل الصراعات (هاريل وجويرني ، 6791).

الشبكة العلاجية (*) Networking :

وهي منحى علاجي يهدف إلى تعبئة جماعات الأسرة والأصدقاء باعتبارها أنظمة للتكافل الاجتماعي. وتعتمد فاعلية الشبكة الاجتماعية على انضواء أعضائها في جهد مشترك لحل أزمة أو مشكلة . وتتمثل الأهداف العامة التي ينشدها التدخل الشبكي Network intervention في تيسير المشاركة؛ وفي نمو وتشجيع روح المشاركة في حل المشكلات، وتبادل الآراء؛ وفي تيسير حل المشكلات، وخاصة حينما تكون الجهود المبذولة في سبيل حل الأزمة قد وصلت إلى طريق مسدود؛ وفي المساعدة على تكوين جماعات تكافل مؤقتة لتقديم المساندة الاجتماعية والتعزيز الاجتماعي في فترات الكوارث والأزمات.

فنيات التناقض الظاهري (**) Paradoxical techinques :

تعتمد الطرق ظاهرية التناقض Paradox على الإفادة من طبيعة بعض المواقف أو المثيرات أو العبارات التي قد تبدو متناقضة ظاهريا أو مناقضة للعقل أو منطوية على تناقض ذاتي، ومع ذلك فإنها قد تكون صحيحة. ولذلك فقد طورت هذه الفنيات للتغلب على مقاومة العميل للتغير؛ ذلك أن الاختصاصيين الكلينيكيين يجدون أنفسهم في بعض الحالات مطالبين بالتعامل مع أشخاص (حالات) يعانون صراعات أساسية : فهم من ناحية يريدون التغير، ولكنهم ينزعون من ناحية أخرى إلى استبقاء الأعراض الدالة على اضطرابهم أو سوء توافقهم. وبالرغم مما طرح في هذا الميدان من تفسيرات أو إيضاحات نظرية مختلفة، فإن أكثر هذه التفسيرات النظرية قبولا ما قدمه العلماء في مجال العلاج الأسري ومن داخل إطار النظرية البنائية أو نظرية النظم (واتزلاويك وآخرون ، 4791 ؛ هالي ،5791) .

ويفترض هذا المنحى أن الأعراض تقوم بوظيفة إبقاء النظام في حالة من التوازن Homeostasis. لذا تتحدد فنيات التناقض الظاهري في عدد من الطرق، وهي : إعادة التحديد أو إعادة التعريف Redefinition ، وطريقة التصعيدEscalation ، أو استدعاء الأزمةCrisis induction عن طريق وصف الأعراض، وتعديل الوجهة Redirection . وفيما يتعلق بإعادة التعريف ، تأخذ المشكلة معنى جديدا، إيجابيا في العادة ؛ وفي طريقة تصعيد الأعراض Symptom escalation (أو الممارسة المكثفة Massed practice)، يجري تشجيع الشخص على ممارسة السلوك غير المرغوب على نحو متكرر وكلما كانت لديه رغبة في ذلك. وهذه الطريقة أشبه بطريقة معايشة الأزمة. وهنا يتفق المعالج مع الشخص على تصعيد درامية المشكلة، ويخبره بأنه لن يكون على ما يرام مرة أخرى، وأن المساعدة الوحيدة التي يمكن أن يقدمها إليه هي أن يتعلم كيف يعيش مع المشكلة .

أما طريقة تعديل الوجهة، فهي أقرب إلى طريقة تصعيد الأعراض، فيما عدا أن السلوك غير المرغوب توصف بشأنه طريقة علاجه لفترة معينة من الوقت أثناء اليوم أو في ظل ظروف معينة فقط .

وعلى الرغم مما قد تبدو عليه فنيات التناقض الظاهري من أهمية علاجية ،فإن البحوث التي حاولت التحقق من فعاليتها أو من الظروف الملائمة لاستخدام هذه الفنيات، قليلة أو نادرة. ولهذا يوصى بأن تستخدم هذه الطرق فحسب في حالة وصول العلاج إلى طريق مسدود، وبأن يجري التخطيط لها بعناية مع اعتبار كل من متغيري التوقيت وطريقة التقديم لهذه الطرق ، كما يوصى بألا تستخدم هذه الفنيات من قبل معالجين قليلي الخبرة.

التنويم المغناطيسي (*) Hypnosis :

يلاحظ أن للثقافات الشرقية وبخاصة ثقافات الشرق الأقصى تقليدا طويلا في طرق التنويم المغناطيسي، وبصفة أخص تلك الثقافات التي تهتم بالإيحاء الذاتي Auto - suggestion (مثل، التأمل Meditation) ، إلا أن التنويم المغناطيسي صار مقبولا في الثقافة الغربية منذ أوائل القرن التاسع عشر تقريبا، حينما بدأ علماء في فرنسا (مسمر) وفي بريطانيا (إيسديل وبريد) بدراسة ظاهرات التنويم المغناطيسي.

يبدأ الإجراء العادي للتنويم المغناطيسي بالحث لإحداث التأثير، وهي عملية توجيه تعلمات صممت لتنقل الشخص من حالة اليقظة إلى حالة الغشيةTrance state ، حيث يكون أكثر استعدادا لاستقبال ما يوجه إليه من تعلمات وأكثر قابلية للإيحاء. ويتم عادة تحقيق حالة الغشية عن طريق توجيه تعلمات إلى الشخص بأن يركز بصره على شيء ما ، في حين يعمد المعالج إلى تكرار الإيحاءات المختلفة (الاسترخاء ، وإسدال العينين، وزيادة الوعي بالإحساسات). ويستمر تعميق حالة التنويم مع المزيد من الإيحاءات. ويأخذ وعي الشخص بالتركيز أكثر فأكثر على صوت المعالج. ويلاحظ أن المهتمين بهذا المجال طوروا استراتيجيات مختلفة لاستدعاء التنويم المغناطيسي(كروجر، 6791).

وتتضمن أمثلة الاستخدام الكلينيكي للتنويم المغناطيسي إزالة الأعراض Symptom removal وإبدال الأعراض Symptom substitution (كارلين وماك كيون ، 6791)، وتيسير الوعي بموضوعات اللاشعور (جيل وبرنمان، 9591) والتحكم في الألم (هيلجارد وهيلجارد، 5791) . ويذهب (بالدوين) (8791) إلى أن التنويم المغناطيسي يمكن استخدامه كطريقة مساعدة لتعزيز استخدام الطرق الأخرى، ويعزى

ذلك إلى فاعلية التنويم المغناطيسي في إعادة توزيع الانتباه، وفي زيادة إمكانية استدعاء الذكريات ، وفي رفع مستوى القدرة على التخيل والإبداع، وفي زيادة القابلية للإيحاء ·

العلاج بالقراءة (أو القراءة العلاجية) (*) Bibliotherapy :

تشير طريقة العلاج بالقراءة، في معناها الواسع، إلى استخدام الأعمال الأدبية ، بما فيها من الأدب القصصي، في علاج أو إرشاد الأشخاص الذين يواجهون مشكلات جسمية أو نفسية. ومن البرامج المميزة في هذه الطرق العلاجية ما يعرف ببرامج العلاج القائم على العون الذاتي Self - help treatment programs ، حيث تتضمن بعضا من الممارسات العلاجية أو الإرشادية التي يمكن اكتسابها من دون معالج أو مرشد· وكثيرا ما تتضمن الإجراءات العلاجية وفقا لفنيات العلاج السلوكي والجشطلتي والعقلاني - الانفعالي والتفاعل المتبادل والتنويم المغناطيسي ما يعرف بكتب العون الذاتي Self - help books· ولقد ازدهرت هذه الطريقة منذ السبعينات في إطار ما أطلق عليه تيار (لتعملها بنفسك) (Do - it Yourself) ، وهو تيار وجد طريقه إلى العلاج النفسي، الأمر الذي تمخض عن صدور العديد من أشكال النشر من كتب وكتيبات وأدلة موجهة للتعامل مع المشكلات النفسية وتغيير الاتجاهات وتغيير السلوك بصفة عامة·

تعيينات الواجبات المنزلية (*) Homework assignments :

لقد أفاد علم النفس العلاجي من تعيينات الواجبات المنزلية في الممارسات الإرشادية والعلاجية، استكمالا لنشاطات وخبرات الجلسات الإرشادية أو العلاجية، حيث يواصل الشخص متابعة هذه النشاطات والخبرات من خلال تعيين مهام معينة عليه أن يزاولها أو يضطلع بها بين الجلسات الإرشادية أو العلاجية ؛ ولهذا، فقد استخدمت طريقة (تعيينات الواجبات المنزلية) بنجاح في الإرشاد والعلاج النفسي (هيرتزبرج ، 5491) ، ولكن أكثر ما لقيته من شيوع في الممارسات الارشادية والعلاجية، إنما يرتبط خاصة ببرامج وطرق تعديل السلوك·

ولهذا ، فقد شاع استخدام تعيينات الواجبات المنزلية وتقديمها للمتدربين أو المسترشدين أو الحالات لكي تساعدهم من خلال برامج (التدريب على الاسترخاء) و(خفض الحساسية المنظم) ، و(التدريب على المهارات)· وفي كل هذه النشاطات والممارسات الإرشادية أو العلاجية وغيرها من الأساليب، يرجى من تعيينات الواجبات المنزلية أن تحقق عدة أهداف، هي :

(1) تنشيط دور المسترشد أو الحالة ليكون أكثر فاعلية في العملية الإرشادية أو العلاجية·

(2) زيادة ممارسة الشخص للسلوك الذي يخبر فيه صعوبة ·

(3) إتاحة فرص أكبر للتعميم من النجاح في الوضع الإرشادي أو العلاجي إلى البيئة الطبيعية التي يعيشها المسترشد أو الحالة·

أما من حيث فنيات استخدام تعيينات الواجبات المنزلية، فإنها تتراوح بين طرق جداول ملاحظة السلوك Behavioral observation charts (فيما يتعلق بملاحظة الذات أو الآخرين) ، أو الاستبيانات، أو ملاحظة الأفكار وتقييمها، أو ممارسة أنماط سلوكية جديدة، إلى القراءة في مواد أو أدبيات مقترحة (انظر أيضا العلاج بالقراءة أو القراءة العلاجية)· ولكن ، من الأهمية بمكان عند استخدام تعيينات الواجبات المنزلية، أن نناقش مع المسترشد أو الحالة الهدف من استخدامها وكيفية العمل بها، والدخول معه في مناقشة أو حوار للاستبصار بما أنجزه وفقا لمتطلبات الموقف الإرشادي أو العلاجي، وكذلك ، أن نخطط معه - بعناية - تلك التعيينات وأساليب العمل وإجراءات التنفيذ لكي يمكن تجنب خبرات المقاومة أو الفشل .

العلاج الجمعي Group therapy :

يمثل العلاج الفردي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة توجها غالبا في استراتيجيات علاج هذه الفئة من اضطرابات القلق· ومع ذلك، ثمة اهتمام كبير بقيمة العلاج الجمعي لأولئك الأفراد الذين يتجنبون العلاج الفردي بسبب شعورهم بأن المعالج لا يستطيع فهمهم؛ ذلك أن من شأن وجود أفراد آخرين متماثلين معهم في خبراتهم ومشكلاتهم أن يخفض من مقاومتهم ويقلل من دفاعاتهم، كما أن نقص الثقة يكون من الأسهل معالجته داخل الموقف الجمعي، بقدر ما تميل الثقة إلى أن تنمو نسبيا بشكل طبيعي بين أعضاء الجماعة (1) · ولهذه الأسباب، فقد استخدمت نماذج عديدة للعلاج الجمعي تستند إلى النظريات والمدارس الرئيسة في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وبخاصة النموذج التفاعلي، والنموذج المعرفي - السلوكي، اللذين نتناولهما فيما يلي (2) :

العلاج الجمعي التفاعلي Interactive group therapy : يعتمد هذا النموذج على المبادىء الأساسية للعلاج النفسي الجمعي التي حددها (يالوم) ، واستخدمها (والكر وناش) (3) و(برندي) (4) في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المحاربين القدامى بفييتنام· وفي ذلك يركز هؤلاء الباحثين على قيمة النموذج الجمعي التفاعلي فيما يحققه من تفريغ انفعالي، ومساندة، وإيحاء، وتفاعل بين أعضاء المجموعة العلاجية. ويحدد (والكر وناش) عددا من الإجراءات للعمل بنموذج العلاج النفسي الجمعي التفاعلي ، فيما يلي(5) :

* يتحدد حجم المجموعة بين خمسة أشخاص وثمانية·
* لا تتضمن المجموعة أشخاصا لم يخبروا نفس الخبرات الصدمية التي عانتها تلك المجموعة·
* من المفيد أن تتضمن المجموعة أشخاصا من ذوي خلفيات اجتماعية أو عرقية مختلفة·
* يوصى باستخدام (معالج مشارك) Cotherapist ، وهو شخص من أقرانهم ممن عاشوا نفس الخبرة الصدمية ثم استعاد فاعلياته بعد أن تلقى علاجا مماثلا· وتبدو أهمية هذا الإجراء بسبب ردود فعل التحويل المضاد Countertransference القوى للمعالجين·

* يفضل أن تعقد الجلسات مرتين أسبوعيا·
* تستغرق الجلسة ساعة ونصف الساعة·

ويكشف (والكر وناش) عن بعض الصعوبات في استخدام هذا النموذج ، تشمل : انعدام الثقة، والخوف من فقدان الضبط، والخاصية العنيدة والمتشبثة للدفاعات ، والشعور بالذنب· وفي هذا يوصي (والكر وناش) بعدد من العوامل التي يضعها المعالج في اعتباره لمعالجة تلك الصعوبات، فيما يلي (1) :

* الفهم أو الاستشفاف الوجداني، والاحتواء، والنشاط والاتساق·
* التعاطف مع الأفراد والمجموعة والوقوف في صفهم·
* تشجيع التفاعل ·
* دعم التقدم لدى الأفراد والمجموعة·
* إبداء الضبط أثناء فترات الانفعالات المتوترة، وخاصة حينما يُخشى من حدوث عنف أو تنفجر ذكريات أليمة·
* الاحتفاظ بالتركيز على الخبرة الصدمية وصعوبات الحياة الجارية·
* تشجيع المساندة الجماعية إزاء ما يفصح عنه الأعضاء من خبرات وما يكشفونه عن ذواتهم·

العلاج الجمعي المعرفي - السلوكي Cognitive- behavioral group therapy :

يقدم (مارافيوت) نموذجا للعلاج الجمعي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وفقا للمنحى المعرفي- السلوكي، يتخذ الإجراءات التالية (2) :

* حجم المجموعة : 8 - . 1 أشخاص·
* عدد الجلسات : 8 - 21 جلسة ، وتعقد في أوقات محددة·
* فترات الجلسات : مرتين أسبوعيا في المراحل الأولى، ثم مرة أسبوعيا بعد ذلك·
* مدة الجلسات : 1·5 - 2·5 ساعة ·

ويركز (مارافيوت) على عدة اعتبارات عامة ينبغي مراعاتها تحقيقا لفاعلية العمل بهذا النموذج ، فيما يلي:

* أهمية المواظبة ·
* جعل خبرة الجماعة مُعَزَّزَةً إيجابيا ·
* تشجيع الرفقة وتماسك الجماعة (ويراعى في ذلك أن تبدأ بعض الجلسات بتشجيع الصداقة، وخلق نظام من التقارب، وتبادل أرقام الهواتف، الخ)·
* تيسير عمليات الكشف أو الإفصاح عن الذات·
* تشجيع تبادل عبارات المجاملة والمساندة·

ويتم العلاج الجمعي المعرفي - السلوكي منتظما في ثلاثة أطوار، هي(1) :

1 - الطور الأول : التهيؤ والالتزام Phase I: Orientation & commitment : ويتم من خلال جلسة تمهيدية، يجلس فيها أحد المعالجين مع كل عضو محتمل في المجموعة· وفيها يوضح المعالج للفرد كيفية أداء المجموعة، ويكشف له عن توقعاته واهتماماته· ومن الضروري أن يتطور في هذه الجلسة نوع من الاتفاق أو التعاقد بشأن الالتزام بإجراءات العلاج· ويوصى في ذلك بالحصول على تعاقد مكتوب ومُوَقَّع للالتزام إزاء العملية الجماعية، فمثل هذا الإجراء يرتبط إيجابيا بالمواظبة المنتظمة لأعضاء الجماعة وبتحسنهم المطرد·

2 - الطور الثاني: التقدير، وتعرف الأهداف وتحديدها Phase II: Assessment, Goal Identification/Specification : يبدأ هذا الطور حالما تبدأ المجموعة بالالتقاء بشكل منتظم· وهنا ينتقل الاهتمام إلى تقدير المعالج والمجموعة لما يوجد لدى كل عضو من صعوبات، ثم يلي ذلك تعرف الأهداف وتحديدها. وتتضمن هذه العملية ما يلي(2) :

* وصف الصعوبات على أساس السلوكيات والمعارف القابلة للملاحظة·
* تحديد المعالم المميزة للسلوك (مثل التكرار، والشدة)·
* تعرف وتدوين ما يتعلق بكل سلوك من حيث مقدماته أو أحداثه السابقة، ومكوناته الحركية واللفظية - المعرفية والفيزيولوچية ، ومترتباته أو عواقبه .
* استخدام أساليب التقدير المناسبة لجمع المعلومات (مثل: لعب الدور ، والمقابلة السلوكية).
* استخدام أدوات التقدير المناسبة لجمع البيانات (مثل: (استبانة تاريخ الحياة) [Wolpe,1969] Life History Questionaire ، و(قائمة راثوس للتوكيدية) [Rathus, 1973] Rathus Assertiveness Schedule ، و(قائمة مسح التعزيز) [Homme, et sal., [1967] Reinforcement Survey Schedule .
* وصف نواحي القوة والضعف·
* إقرار الأهداف بناء على ما تجمع من بيانات ، ويفضل أن تحدد أهدافا قصيرة المدى ·
* تحديد الإطار الذي يمكن في سياقه تحقيق الهدف، ومداه الزمني، والمحكات اللازمة لنجاحه·

3 - الطور الثالث : الفنيات والتطبيقات Phase III: Techniques & Applications : يحدد (مارافيوت) عددا من الفنيات والإجراءات العلاجية التي استخدمت بنجاح مع مجموعات من حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة من المحاربين القدامى، وبما يتناسب مع الصعوبات النوعية التي يواجهها أفراد المجموعة. ونعرض لهذه الفنيات والتطبيقات فيما يلي (1) :

* التدريب على الاسترخاء Relaxation training : يمكن عمل تدريب على الاسترخاء في بداية كل جلسة للمجموعات العضلية المتعددة، وتشجيع التدريب على الاسترخاء في المنزل·

* إيقاف التفكير Thought - stopping للأفكار الوسواسية واللاتكيفية : يجري تشجيع الفرد على التركيز على الأفكار أو الصور الذهنية الباعثة على القلق، ثم يصيح (قف) ، وفي الوقت نفسه يشجع على استدعاء أفكار بديلة سارة تجري مزاوجتها مع الأمر (قف).
* النمذجة Modeling ، بواسطة المعالج والأشخاص المشاركين الآخرين.
* التدريب السلوكي (البروفة السلوكية) Behavioral rehearsal مصحوبا بتغذية راجعة من المجموعة Group feedback.
* لعب الدور / قلب الدور Role playing/reversal: تبدو فاعلية هذه الفنيات خاصة مع مشكلات التفاعل .
* التدريب التوكيدي Assertiveness training ، بما في ذلك من القراءة لبعض الكتب المتاحة.
* الضبط الواقي Coverant control ، عن طريق استخدام معارف مضادة للحد من الأنماط المعرفية - السلوكية اللاتكيفية، ومن تقدير الذات المنخفض، والاكتئاب، والاتجاهات السالبة، الخ.
* إعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring .
* التدريب المعرفي (البروفة المعرفية) Cognitive rehearsal، مثل تخيل تحقيق الهدف بنجاح.
* التعاقد المشروط Contingency contracting داخل المجموعة وخارجها.
* الواجبات المنزلية Homework (مثل الاسترخاء ، والتعاقد ، واستخدام الطرق المتعلمة في المجموعة)، إضافة إلى سجل للواجبات المنزلية : تحدد ثلاثة تعيينات كل أسبوع.
* رد الرسوم المدفوعة Refunding fees ارتباطا بالمواظبة وإتمام الواجبات المنزلية.
* توزيع مكافآت مالية Personal delivery of bills ، وهي من الفرص المواتية للتعزيز الموجب للعمل الجاد في المجموعة.
* العلاج بالقراءة (القراءة العلاجية) Bibliotherapy ، حيث يختار المعالج مواد قرائية للأفراد مناسبة للسلوك موضوع الهدف .

نماذج أخرى للعلاج الجمعي: لقد حاول بعض الباحثين والخبراء تقديم نماذج أخرى باستخدام منحى التحليل النفسي، أو على أساس الجمع بين العلاج الفردي والعلاج الجمعي.

يبدو العلاج الجمعي النفسي الدينامي Psychodynamic group therapy في النموذج الذي يقدمه (فريك وبوجارت) (1) لعلاج المحاربين القدامي من ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مع التركيز في هذا النموذج خاصة على ظاهرات التحويل والتحويل المضاد Transference/countertransference (T/CT)) ، حيث يتم من خلال الجلسات تحويل مشاعر الغضب والعدوان والشحنات الانفعالية نحو المعالج، وتفريغها، ويكون تركيز المجموعة على التحكم في اندفاعات العنف وتدمير الذات، ومن خلال قواعد تقررها المجموعة. وتسمح هذه الفنيات بتيسير عمليات إحياء الذكريات الصدمية والاستبصار بها ومواجهتها. ويتضمن نموذج العلاج الجمعي النفسي الدينامي أربع مراحل، هي : مرحلة بناء تماسك المجموعة Group cohesion ، ومرحلة التفريغ Catharsis ، ومرحلة توجيه الغضب نحو المعالجين، ثم مرحلة مواجهة الواقع الحالي.

وعلى الرغم مما يبدو من أهمية العلاج الجمعي القائم على التحليل النفسي ، فإن هناك باحثين يشككون في فاعلية هذا المنحى في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة (1).

ومن النماذج الطريفة للعلاج الجمعي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ما يعرف بـ(منتدى الأحلام) أو (سيمنار الأحلام) ("Dream Seminars") ؛ وهو حلقة دراسية علاجية لحالات من ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وهذه الطريقة من إعداد (ولمر)(2)، واستند فيها إلى إسهامات (كارل يونج) (3) عن استخدامات فنيات التنفيس Abreaction وقيمتها في العلاج النفسي. وقد طبق (ولمر) طريقته على مجموعات من المحاربين القدامى، ومنها حالات من مرضى الفصام، وكذلك حالات من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وكلها حالات تخضع للإقامة الداخلية في المستشفيات.

ويوضح (ولمر) ، من خلال ممارساته العلاجية بهذه الطريقة، أن المحاربين القدامى والأشخاص المصدومين يعانون أحلاما تحتوي على (تاريخ لاشعوري) Unconscious history لخبرات الحرب وللأحداث الصدمية، وأنهم يحرزون تحسنا كبيرا حينما يجري توجيه انتباههم إلى تلك الأحلام، وبالتالي تؤخذ باعتبار و جدية من خلال عمليات التنفيس والمناقشة. ويسير العمل بهذه الطريقة على النحو التالي :

* يقود (السيمنار) معالج له خبرة في العمل مع الأحلام.
* التركيز على ما يعرف بالمستوى (الظاهر) للحلم.
* التأكيد على الدراسة والتعلم.
* تجلس الحالات في شكل دائرة (حلقة).
* وحينما تزيد المجموعة على عشرين فردا ، تنظم الجلسة في شكل حلقتين ، إحداهما داخل الأخرى.
* تعقد الجلسات مرة كل أسبوع.
* تستغرق الجلسة ساعة واحدة.

أما الإجراءات العلاجية ، فتتضمن ما يلي :

* يوضح المعالج (في كل جلسة) للمجموعة ماهية (سيمنار الأحلام) والهدف منه (على سبيل المثال، أن تناول الأحلام من خلال هذه الجلسات سوف يساعدهم على التعامل مع ما يواجههم من صعوبات ، وبالتالي على تيسير تحسنهم).

* يطلب المعالج إلى أحد الأشخاص في المجموعة أن يشارك بحلم يطرحه أمام المجموعة، ويفضل أن يكون الحلم من الليلة الماضية ٠

* يقوم المعالج بتكرار الحلم للمجموعة٠

* يطلب الأشخاص المشاركون إلى الشخص صاحب الحلم أن يوضح ما يتضمنه الحلم من صور ومن حكاية، مع التركيز على صور الحلم، لا على التفسيرات٠

* توجه أسئلة إلى صاحب الحلم عما حدث في حياته وله علاقة بذلك الحلم٠

* ثم يقدم أعضاء المجموعة تعليقاتهم ((التفسيرات) لهذا الحلم)٠

* في بعض الأحيان تجري استعادة بعض أجزاء من الحلم وتمثيلها وفقا لأسلوب المسرحيات النفسية (السيكودراما)٠

* يتم في الجلسة الواحدة تناول حلم واحد، أو حلمين إذا كان ذلك ممكنا.

* وإذا كانت المجموعة المشاركة في (السيمنار) تزيد على عشرين فردا، فإن الحلقة (الدائرة) الداخلية هي التي تعمل، في حين تقتصر الحلقة الخارجية على الملاحظة، ثم يجري تغيير وضع الحلقتين ٠

ويوضح (ولمر) ما تنطوي عليه فنية (سيمنار الأحلام) من قيمة علاجية، مؤكدا أنه حينما يجري توجيه الانتباه إلى المادة اللاشعورية للأحلام، كما يحدث في هذه الجلسات، فإن من شأن هذه الممارسات أن تيسر من تقبلهم للخبرة الصدمية ومن إعادة تكاملها داخل نسق حياتهم٠ والواقع إن (طريقة سيمنار الأحلام تحقق نوعا من التوازن المطلوب لكثير من الأساليب العلاجية أحادية الجانب والتي تستبعد بطريقة آلية وجامدة عمليات اللاشعور وما قبل الشعور) (1) ٠

وقد تبين أن هذه الحالات المشاركة في (سيمنار الأحلام) خبرت تحسنا ملحوظا فيما يتعلق باضطرابات النوم لديهم، كما قلت الأدوية المقررة التي كانت تصرف لهم بهدف مساعدتهم على النوم، وصاروا يتحدثون بشجاعة مع الممرضات بشأن الأحلام المزعجة التي تراودهم، ويحكونها لهن، أو يرسمون الصورة التي تتضمنها تلك الأحلام، أو يحتفظون بها حتى يرووها مع المجموعة في الجلسة التالية للسيمنار ٠ ويؤكد (ولمر) أن الانتباه إلى هذه الأحلام داخل المجموعة العلاجية، يعمل على تحقيق الفهم والتكامل لما يسمى بـ (الظل الجمعي) ("Collective shadow") الذي انعكس على هؤلاء الأفراد، وصاروا يخبرون فيه مساندة متبادلة، الأمر الذي يفسر حرصهم الشديد على المواظبة على جلسات هذا السيمنار٠

وثمة تيار يركز على الجمع بين العلاج الفردي والعلاج الجمعي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، يبرزه (برندي) (1) على النحو التالي :

* إن الثقة لا يمكن بناؤها في سياق العلاج الجمعي وحده٠

* إن العلاج الفردي في تفاعله مع العلاج الجمعي ينشط من إحيائية الخبرة الصدمية واسترجاعها والاستبصار بها ٠

* إن العلاج الفردي يقدم مساندة ودعما إضافيين للفرد٠

* يفيد كل من العلاج الفردي والجمعي في الكشف عن معلومات مختلفة متعلقة بالفرد وبالحدث الصدمي ، وفي حصوله على خبرات مختلفة من خلال فاعليات هذين الأسلوبين٠

ويوضح (برندي) أن بعض الأفراد يواجهون مشكلة في مناقشة خبراتهم الصدمية في سياق العلاج الفردي ، لذا فإن العلاج الجمعي يمكن أن يلبي هذه الحاجة العلاجية٠ ومن شأن العـلاج الجمعي أن يرتقي بالتطبيع الاجتماعي للفرد، وأن يحل مشكلة فقدان الثقة - وتلك عوامل قد تعوز العلاج الفردي٠

والخلاصـة، إن العلاج الجمعي وفقا لهذه النماذج السابقة وما تعول عليه من فنيات متميزة ، خضع في الوقت نفسه من قبل أصحاب هذه النماذج لدراسات تقويمية لتقدير مدى فاعلية هذه الفنيات في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ٠ وتشير نتائجها إلى أن العلاج الجمعي يقدم منحى ذا قيمة في علاج هذا الاضطراب٠

نموذج تكاملي لعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة

إن علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما هو واضح من تعدد فئات الاستراتيجيات المختلفة وأساليبها وفنياتها المتنوعة، لا يستند هكذا إلى منظور أحادي الرؤية، بل تتعدد مداخله واستراتيجياته وطرقه وفنياته، بقدر ما تنطوي ظاهرة اضطراب الضغوط التالية للصدمة على تعقيد وتفاعل بين المتغيرات المختلفة المتعلقة بالحدث الصدمي وبالشخص المصدوم ذاته٠ ولهذا ينبغي أن يتصف علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة بالمرونة والوظيفية في انتقاء أفضل الاستراتيجيات المناسبة وفنياتها، إذ تختلف هذه العلاجات باختلاف

حاجات الفرد ومستوى ارتقائه، وتساعده على تكامل الخبرة الصدمية داخل ماضيه في الوقت نفسه الذي تتوجه فيه إلى بناء إطار جديد يستطيع من خلاله أن يرى الحاضر ويتطلع إلى المستقبل.

وتبدو المهمة الأساسية للمعالج إزاء علاج الخبرة الصدمية والضغوط التالية للصدمة في (أن يدخل إلى العالم المتناثر للشخص الضحية، وأن يراه من خلال عيون هذا الشخص، في حين يحتفظ المعالج في الوقت نفسه بمنظوره الكلينيكي) (1). ويعتمد العلاج على توجه ظاهرياتي (فينومينولوچي) يضع مسئولية كبيرة في التحسن على كاهل الفرد في سعيه إلى التمكن من الأحداث والسيطرة على تأثير الخبرة الصدمية بدرجة معقولة، وخفض استثارة كيميائية الجسم، وتقليل حشد طاقاته وتعبئتها إزاء الأفكار والذكريات والصور المتعلقة بالخبرة الصدمية، وتجنب ظاهرات اضرام الانفعالات Kindling التي قد تؤدي إلى فرط التيقظ واضطراب النوم، وخفض ظاهرة (الانسحاب عن تأثير مادة الأفيون المستثارة نتيجة لإفراز الإندورفين) – Endorphin opiate withdrawal في نشاط المخ، كما يساعده العلاج على أن يستخلص لحياته معنى من بين ثنايا هذه الخبرات الصدمية والضغوط التالية للصدمة، وأن ينفتح بإيجابية على الحياة والناس والمستقبل.

وتقدم (ماري وليامز وچون سومر) نموذجا شاملا أو أصليا Generic model للتعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة وتوفير أنسب الاستراتيچيات والفنيات من خلال هذا النموذج لعلاج الأشخاص ذوي هذا الاضطراب. ويقدّم هذا النموذج على عدة مراحل، تتضمن كل منها جوانب وفاعليات متعددة للتقدير والعلاج، وذلك على النحو التالي(1):

(المرحلة الأولــى)

المواجهة والتعليـم Encounter / Education

إقرار الأمان والوسط الآمن:

تقدم على الفور قواعد العلاج وحدوده كي تساعد على خلق الوسط الآمن Safety milieu بالنسبة للفرد من النواحي الحيوية والنفسية والاجتماعية والمعنوية. ويتضمن إطار العلاج نظام العلاج وإجراءاته، وتحديد الحقوق والمسئوليات والتعاقدات. ويبدأ الفرد، من خلال هذه العملية، بإقامة علاقة تعاونية مع المعالج، وتخضع هذه العلاقة باستمرار للمراجعة وإعادة التفاوض لتأكيد الثقة، كما تواجه مجالات الخلاف بينهما بصراحة وتعالج بشكل مباشر.

تقدير مستويات الأمان وإعداد خطة للطوارئ:

لا يتأتى للأفراد المصدومين علاج فعال في بيئة غير آمنة خارج العلاج، ولهذا تبدو أهمية تقدير مستويات الأمان بالنسبة للفرد الخاضع للعلاج، وكذلك للأطفال والأسرة. وفي بعض الحالات، قد يقوم المعالج بدور المناصر لهؤلاء الأفراد، حيث يساعدهم لدى الجهات المعنية في المجتمع، وبخاصة الأفراد غير القادرين على توفير الأمان والسلامة لأنفسهم. ويوصي الخبراء بوضع خطط للطوارئ إزاء المواقف التي تنطوي على أخطار، مثل الذكرى السنوية للأحداث الصدمية.

التدخل المبكر في الأزمة، وتعرف الخلفية الثقافية:

غالبا ما يأخذ العلاج المبدئي لرد الفعل الصدمي شكل التدخل في الأزمة Crisis intervention ، الذي يتطلب عملا فوريا من خلال وسائط متعددة منها: التدخل عن طريق الهاتف (الخط الساخن)، أو عن طريق فريق التدخلIntervention team في المدرسة، أو المجتمع المحلي، أو الهيئات أو المنظمات المعنية. ويعتبر التوقيت في التدخل في الأزمة عاملا حاسما، لذا ينبغي أن يتم التدخل في أقرب وقت ممكن من وقوع الحدث، ذلك أن الاستجابة السريعة أو الإسعاف النفسي متغير أساسي في استيعاب الخبرة الصدمية. ويلاحظ هنا أن الأشخاص الذين تعرضوا في الماضي لخبرة صدمية لم تجر معالجتها ولا يتذكرونها بشكل كلي أو جزئي حتى فترة متأخرة من حياتهم، لا يستفيدون من هذا التدخل المبكر.

ومما يوضع في الاعتبار، أن يتعرف المعالج الخلفية الثقافية للأشخاص الذين يعانون خبرة صدمية، وأن يضمن استراتيجياته العلاجية نظم المعتقدات والقيم والمعايير والعادات والتقاليد والاتجاهات، ويستثمرها من خلال الفنيات المناسبة، وبخاصة في حالات الفقدان.

بناء العلاقة القائمة على التعاطف:

ينبغي أن يتوجه المعالج في علاقته بالأشخاص الذين يعانون خبرة صدمية بوصفه (الآخر) المتعاطف "Empathetic other"، معهم، والمساعد لهم، والذي يؤمن بقيمة عمله العلاجي وبعملية الشفاء، وبرغبته الصادقة في التعاون في هذا العمل. ويتضمن التعاطف أو الاستشفاف الوجداني Empathy عدة مكونات رئيسة هي:

1 - قدرة المعالج على تعرف مشاعر الآخر من خلال الدلائل الجسمية لتعبيرات الوجه ولغة البدن، والدلائل اللفظية للغة، ونبرة الصوت، والدلائل الموقفية لما يحدث.

2 - قدرة المعالج على فهم وجهة نظر الآخر، أي فهم خبراته ومشاعره وقيمه وحاجاته ودافعياته.

3 - قدرة المعالج على الاستجابة انفعاليا لهذه الجوانب المختلفة، وبطريقة معززة ومساندة وباعثة على الأمل.

وتستقر العلاقة الدينامية بين المعالج والشخص (الحالة) على أساس من تقدير المعالج لقدرات هذا الشخص وقيمه وعاداته وتقاليده ومعتقداته وخلفيته الثقافية بصفة عامة، ومن فهمه لدافعياته وتوقعاته ومصادره ونواحي القوة عنده، ومن اختياره لفنيات ملائمة ومرنة في التعامل معه. وعادة ما يستغرق إقرار هذه العلاقة وقتا ليس بالقليل، ويتضمن محاولات متكررة لاختبار الثقة في المعالج.

ولذلك، ينبغي أن يتصف المعالج الاختصاصي في الضغوط التالية للصدمة Posttraumatic therapist بكفاءات مهنية عالية، تتضمن الثقة في الشخص (الحالة)، والقدرة على تحمل ما يقدمه هذا الشخص من صور وتعبيرات وأفكار وانفعالات شديدة ومؤلمة، وقدرته على تقديم نماذج من ذاته للتهدئة والطمأنينة في هذه العملية، والحساسية لردود فعل الحالة. كذلك ينبغي أن يكون المعالج واعيا بعمليات التحويل والتحويل المضاد Transference/Countertransference التي قد تتطور في هذه العملية وأن يعالجها مع الحالة.

التقدير والتشخيص المبدئي:

تتم إجراءات القياس والتقدير خلال عمليات المقابلة المبدئية وكذلك خلال سير العملية العلاجية في مراحلها المختلفة، بقدر ما يعتبر التقدير Assessment عملية دينامية موجهة إلى تعرف حاجات الشخص (الحالة) ومصادره، ومهارات المواجهة، والمستوى الحالي لأداء وظائفه، وإمكاناته الشخصية، ووجود تاريخ سابق من الخبرات الصدمية أو المرضية، وحاجاته إلى العلاج الطبي، والتحويل إلى اختصاصيين آخرين أو مؤسسات أو مراكز أخرى.

ويعتبر التقدير عملية متعددة الأبعاد، تتضمن مكونات نفسية فيزيولوجية ومعرفية وسلوكية، تتطلب بالتالي أساليب وأدوات متنوعة للقياس والتقدير للضغوط الصدمية ولاضطراب الضغوط التالية للصدمة. ومن الضروري في هذه المرحلة، وضع تشخيص مبدئي Initial diagnosis للحالة، استنادا إلى المعلومات والبيانات المتجمعة باستخدام الأدوات المناسبة، ولما للتشخيص في هذه المرحلة من أهمية في بناء الخطة العلاجية وتطور العمل مع الحالة.

إقرار صيغة الصدمة:

من المهام الرئيسة للمعالج أن يضطلع بمسئولية رسم إطار للعلاج قائم على تحديد صيغة الصدمة Trauma paradigm. وهذا الإطار من شأنه أن يقدم نظرة قائمة على الصدمة لردود الفعل التالية للحدث الصدمي، ويحدد مقياسا للصحة، ويبرز أن رد فعل الضغوط التالية للصدمة يعد استجابة طبيعية لأحداث

غير طبيعية. وتستخدم صيغة الصدمة باعتبارها إطارا لتنظيم العمل مع الحالة من خلال عدة نماذج تتراوح من نماذج تجهيز المعلومات، إلى النماذج النفسية الاجتماعية، والنفسية الدينامية، والسلوكية، والمعرفية، والنفسية الفيزيولوجية، والتفاعلية. وتقر هذه الصيغة بأن بعض الأفراد ينكرون خبراتهم الصدمية أو يفصلونها ولا يعترفون بتأثير تلك الأحداث على حياتهم أو ربما لا يرون ما يتذكرونه على أنه استرجاعات لخبرتهم الصدمية، وتلك من التحديات التي على المعالج أن يضعها في اعتباره.

التعليم:

يعتبر التعلم مكونا مهما للغاية خاصة في المراحل الأولية للعلاج. فالأشخاص الذين يعانون خبرة صدمية يحتاجون إلى تعلمهم بأنهم ليسوا بأشخاص غير عا ديين، حتى لو كانوا يشعرون بأنهم لا يستطيعون التحكم في أنفسهم أو بأنهم منفصلون عن ذواتهم وعن الآخرين ويخبرون افتقادا للمعنى في حياتهم. لذا، فهم يحتاجون إلى معرفة أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة ليس برد فعل مرضي، وإلى أن التعرض لصدمة يؤدي إلى تغير في الحالة النفسية الفيزيولوجية، وفي القدرات والعمليات المعرفية، والقدرة على التذكر، وفي المعتقدات، وبنية الذات، والاتجاه نحو المجتمع.

ويعمد المعالج إلى تعلم هؤلاء الأشخاص أن تأثير الصدمة يتباين بدرجة كبيرة بينهم، ويكون أكثر حدة في حالة تضمن الصدمة حدثا معينا ويتسمون بخصائص شخصية معينة، كما يلي:

* الفقدان والأسى
* تهديد الحياة
* انتهاك حدود الذات
* التعرض لمشاهد الموت والاحتضار
* المشاهدة أو الملاحظة بشكل مباشر
* الشعور بالمسئولية الكبيرة إزاء ما حدث
* التعرض لمدة أطول للخبرة الصدمية
* وجود تاريخ لصدمة سابقة
* الصراعات الأخلاقية الزائدة
* عدم وجود نظام للتكافل
* كون الصدمة من تصميم الإنسان
* العلاقة بمرتكب أو مرتكبي الجريمة
* التضليل أو الخداع أو الخيانة

ويدرك الشخص (الحالة)، من خلال هذا التعلم، أن لكل فرد حدا أو عتبة لمستوى التحمل للضغوط الصدمية. وتتوقف هذه القدرة للتحمل على متغيرات الشخصية (السمات، وأسلوب المواجهة، والمعتقدات، والقدرات)، وأبعاد الحدث الضاغط، ووسط أو بيئة ما بعد الصدمة.

وقد يتم التعلم بشكل تدريبي أو تدريسي، أو بشكل غير مباشر. ففي بعض الحالات، يقدم المعالج إلى الشخص مادة مكتوبة، أو عرضا بالفيديو، أو يقدم إليه لفظيا معلومات توضيحية. وقد يتطلب الأمر عدة جلسات يتم فيها تحديد ردود فعل الشخص في سياق إطار على أنها من نمط (الاستجابة للضغوط التالية للصدمة) (Posttraumatic stress response (PTSR) أو من نمط (اضطراب الضغوط التالية للصدمة) (PTSD) ، ويناقش معه طبيعة الصدمة، وعملية استرجاعات الذاكرة، وطبيعة التفكك أو الانفصال عن الخبرة الصدمية.

ومما يجدر تأكيده، أنه ما دام الأطفال يتعرضون لحوادث صدمية كثيرة، فإن تعلم المسئولين في المدرسة

أساليب التدخل التالي للصدمات يعد مكونا أساسيا للتعلم النظامي، وكذلك فإن تقديم تعلم للأطفال يتعلق بالصدمة يساعدهم بشكل مباشر على استعادة قدرتهم على الضبط الجسمي والسلوكي، كما يوفر أساسا لتقدمهم في العلاج.

التحكم المبدئي في أنماط سلوك معاودة الصدمية:

ينبغي العمل على التحكم في أنماط السلوك المعاود للصدمية Retraumatizing behaviors بأسرع قدر ممكن في المرحلة الأولى للعلاج. فكثير من الأشخاص الباقين على قيد الحياة بعد الصدمة يتصفون بنمط من السلوك المدمر للذات من خلال السلوك الإحجامي أو التجنبي (كالإدمان) والسلوك الإقدامي (مثل، البحث عن الإثارة، واستعادة ذكريات الأحداث الصدمية). لذا ينبغي تعليمهم أن يستبصروا بما يفجر هذه الأنماط السلوكية، وأن يواصلوا أداءهم لمهامهم بشكل طبيعي قدر الإمكان، أو حتى بشكل مصطنع. وهم يحتاجون إلى التشجيع كي يتابعوا مهام الحياة اليومية، ويحتفظوا بأعمالهم، ويندمجوا في أنشطتهم الاجتماعية.

التحكم في الأعراض:

تتضمن المرحلة الأولى للعلاج استخداما للفنيات السلوكية والمعرفية لتحسين القدرة على ضبط الذات والتحكم في الأعراض Symptom management ، مثل فنيات التحكم في الغضب، والتدريب على الاسترخاء، وإيقاف التفكير، والوعي بالمنبهات التي تفجر الذكريات والأفكار والصور الصدمية. وتعتبر تنمية مهارات التحكم في الضغوط ركنا أساسيا ومستمرا في العلاج. وتفيد في هذا الشأن استراتيجيات التحصين ضد الضغوط، والتعاقد، والتغذية الراجعة الحيوية، وتسمية الاستجابات، وغير ذلك من الفنيات.

(المرحلة الثانية)

استكشاف الصدمة وتأثيرها

العمل مع الذكريات:

ينبغي أن تأخذ رواية الأحداث والخبرات الصدمية قبل هذه المرحلة من العلاج طابعا معرفيا، مع التركيز على التوقيت المناسب والقدر المناسب، أو الجرعات المناسبة من كشف الذات. فالملاحظ أن هؤلاء الأشخاص في البداية يريدون أن يفضوا بما يغمر نفوسهم من روايات وخبرات مروعة ومأساوية، لذا، فمن الضروري تهدئتهم وخفض هذه النزعة إلى التفجر من داخلهم بهذه الخبرات الأليمة والاعتدال في التعبير عنها، أو معايرتها – أي التعبير عنها بمعيار معقول، وذلك إجراء علاجي ضروري حتى يتعزز لديهم الشعور بالأمان والتحكم في الذات. ومن غير المناسب أن يحاول بعض المعالجين أن (يقتحموا) هذا المخزون الداخلي وأن يستكشفوا المادة الصدمية في مرحلة مبكرة من تطور العملية العلاجية، كما أن استخدام فنيات العلاج بالغمر أو التفجر الداخلي Flooding (Implosion) therapy قد يكون مشوبا بالمخاطرة قبل المرحلة الثانية من العلاج، إن لم يكن جد خطير.

ويمكن للأشخاص أن يتعلموا، عند هذه الخطوة من العملية العلاجية، أن يحسنوا الإصغاء إلى ذكرياتهم، وأن يقروها ويقدروها ويعتزوا بها. أما التيسير المقصود لاستكشاف هذه الذكريات من خلال استخدام الرسم والتصوير والتخيل، فيتم فقط على أساس من الإعداد والتهيئة والمعايرة. وعلى الرغم من أن بذور التحسن والاستشفاء تكمن داخل روايات الصدمة هذه، فإن الإفصاح عنها ينبغي أن يسير ببطء وعناية، وفي مناخ من الشعور بالأمان والثقة.

ويراعى أن تتم عملية التعبير عن الخبرات الصدمية مصحوبة بتدريبات الاسترخاء وغيرها من تدريبات تهدئة الذات Self – soothing exercises . وغالبا ما يكون التعبير تكراريا كي يستخلص منه هؤلاء

الأشخاص، كبارا وصغارا، معنى لما حدث· ولهذا، فإن المعالج ينبغي أن يكون قادرا على تحمل هذه الروايات المفجعة وتعبيرهم عنها مرارا وتكرارا، بقدر ما تعتبر هذه المرحلة من العلاج مرحلة مهمة في تأثيرها ومداها· وقد يأخذ التعبير عن الخبرة الصدمية أيضا شكل الارتجاعات وعمليات التنفيس· ومع ذلك، فإن الفرد ينبغي أن يتقبل واقع وجود الصدمة وتأثيرها· وينبغي لذلك ربط الماضي بالحاضر باعتباره شرطا ضروريا لفاعلية العلاج· ومن المحتمل أن يتم التعبير عن الصدمة بإقلال أو تحريف أو إفراط أو اجتزاء بدلا من أن يكشف عنها بشكل كلي· لذا فإن تعرف المنبهات التي تقدح هذه الذكريات وتفجرها (أي المُقْدِحات Triggers) قد يساعد على تيسير بناء صورة أكثر اكتمالا· وتتضمن هذه المنبهات كلمات وإحساسات جسمية وصورا خيالية وأصواتا وروائح وغيرها من المقدحات·

ومما ينبغي الاهتمام به في هذه المرحلة من العلاج – عمليات التنفيس Abreaction وما تنطوي عليه من صعوبة كبيرة ومن احتمال حدوث نكوص Regression جزئي أو كلي· لذا لا ينبغي أن تتم هذه العمليات دون إعداد وتهيؤ مناسبين، ودون تقديم تعلم بشأنها، وكذلك دون وجود مساندة علاجية وأسرية· ومن المحتمل أن يتم ذلك في شكل طفرات، ولفترة ممتدة من الوقت حينما تكون الإقحامات Intrusions أكثر شدة· ويتضمن التنفيس عمليات مستمرة توجه إلى وضع الخبرات الصدمية، التي جرى استدعاؤها وإحياؤها من خلال الذكريات، كي تنتظم في الماضي من دون ما يصاحبها من مشاعر الذنب أو الخزي أو لوم الذات· وفي ذلك يقرر (شو) أن (التنفيس عن صدمة الماضي يعمل على تحرير الأشخاص المصدومين من الخوف من ذكرياتهم المكبوتة) (1)· ومع ذلك، ينبغي وضع القواعد المناسبة لسرعة التنفيس ولتوقيت عملياته حتى يشعر الأفراد بدرجة معقولة من التحكم في ذواتهم·

التعامل مع الصدمية الثانوية:

تشيع عواقب الصدمة بين الأجيال، كما تعيش في أسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة وكذلك في المعالجين أنفسهم، فيما يعرف بالصدمية الثانوية Secondary traumatization ، أي انتقال أثر الصدمة من الشخص الضحية أو الأشخاص الضحايا إلى بقية أعضاء الأسرة، وإلى الأبناء· ولهذا فإن تأثير الصدمة على الأعضاء الآخرين في الأسرة وعلى الأبناء يتطلب بالضرورة تضمين الأسرة في استراتيجيات العلاج، ذلك أن أعضاء الأسرة قد يعملون بمثابة مصدر للدعم والمساندة أو مصدر للاضطراب· فقد يسهم بعض أعضاء الأسرة، كالأمهات، في علاج أبنائهن، ويتم تدريبهن في هذا الشأن على بعض مهارات الوالدية، كما قد يتم تدريب أعضاء الأسرة أو الوالدين أو أحدهما على مهارات رعاية الذات ودعم الذات والتنمية الذاتية، وكذلك تنمية مهارات التواصل والعلاقات المتبادلة في الأسرة· والواقع إن أعضاء الأسرة، بمن فيهم الأطفال، يكونون مستهدفين لخطر التأثيرات الثانوية بعيدة المدى للخبرة الصدمية في الأسرة، ولهذا فقد يبدون أعراضا من الاكتئاب والقلق والذنب والعدوان واليأس· وتنعكس آثار الصدمة على العلاقات المتبادلة، وهو ما يؤثر بدوره في جوانب عديدة مثل الشعور بالأمان والثقة والقوة والتقدير والتواد·

ولهذا، فبينما تتضمن استراتيجية العلاج تعرفا للأعراض الثانوية وعلاجها، فإن أعضاء الأسرة يمكن استخدامهم كمصادر لتقديم العون والمساندة للشخص الضحية أو الأشخاص الضحايا أو ممن يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولمساعدتهم إياهم على استعادة إحساسهم بالتماسك من خلال المساندة الانفعالية التي توفرها الأسرة أو بعض أعضائها· أما في الحالة التي لا تكون الأسرة فيها مصدرا للمساندة، أو إذا كانت تعاني خبرة صدمية اضافية، فإنه يمكن استخدام الأصدقاء والآخرين المعنيين باعتبارهم مصادر للمساندة والمساعدة·

تكامل التأثير الانفعالي للصدمة:

من الضروري أن تستكمل عمليات الحزن والأسى إزاء الفقدان الذي نجم عن الصدمة، ومن ثم فإن آليات

الإنكار أو الكبت لا تساعد على تحقيق تكامل هذه الآثار الانفعالية. كذلك ينبغي التوصل إلى حلول بشأن بعض الانفعالات الأساسية المصاحبة للصدمة غالبا. ويبدو ذلك خاصة في مشاعر الغضب الشديد إزاء الذات والآخرين. وعادة ما يعتمل الغضب الموجه إلى الذات أو الغضب من الذات Self – anger من خلال لوم الذات والشعور بالذنب. أما الغضب الموجه إلى الآخرين فيتراوح من السلوك العدواني إلى الشعور الغامض بعدم الرضا.

وينبغي أن يحتوي التذكر على تشغيل عمليات متكاملة من الانفعالات والمعارف والسلوك والإحساسات. فعلى سبيل المثال، من الضروري أن يخبر الفرد كلية الانفعالات المتلازمة إضافة إلى تسميتها بأسلوب معرفي. وفي ذلك ينبغي أن يتعلم الأشخاص أن يشعروا بمشاعرهم وأن يسموها بمسمياتها. وتعتبر عمليات التنفيس عن الخبرات الصدمية ذات فاعلية كبيرة في خفض حدة الأعراض.

الارتباط بين العقل والجسم:

تبدو الرابطة الواضحة بين العقل والجسم في استخدام العلاجات الطبية في الحالات التي تصل فيها الإقحامات إلى درجة من الشدة تعوق أداء الفرد لوظائفه اليومية العادية، أو تصبح فيها مشاعر الاكتئاب والقلق غامرة للغاية. ولهذا لا يمكن إغفال أهمية المنظور الحيوي والطبي. وفي ذلك يفيد استخدام مجموعة من العقاقير ذات الفاعلية التي تستخدم جنبا إلى جنب مع العلاجات الأخرى. فهذه العلاجات الطبية يمكن أن تؤدي إلى خفض بعض الأعراض، وتساعد على الحد من التفجر الانفعالي، وتجعل الشخص أكثر تهيؤا للانضواء في العمليات العلاجية.

ويفيد في تحقيق الارتباط بين العقل والجسم وفي التفاعل بينهما، استخدام تلك الأنشطة التي تشجع الاسترخاء وإثارة روح الدعابة والمرح. ويفيد أيضا استخدام فنيات التنويم المغناطيسي في إعادة الترابط بين الخبرات الداخلية وتعرفها. ففي أثناء حالة الغشية يمكن مساعدة الشخص على أن يتمكن من السيطرة على الصدمة، وأن يتعلم بعض الأساليب التي يخفف بها من أعراض الإقحام ويحايد بها مخاوفه.

استخدام علاجات مساعدة أخرى:

يمكن استخدام عدد من الفنيات المساعدة في استدعاء المادة الصدمية ومعالجتها. وتشمل هذه الفنيات ما يلي:

1 – العلاج باللعب Play therapy ، لمساعدة الطفل على أن تنمو لديه ذاته المحورية Core self.

2 – العلاج بالموسيقى Music therapy من خلال بعض الأغاني أو العزف الموسيقي.

3 – العلاج بالرقصات الإيقاعية أو بالأداءات الحركية Dance/Movement therapy: وتيسر هذه الطرق من الحركة التلقائية، ومن استخدام حركات الثني والمد، وتوفير وسائل للتعبير عن الأفكار والمشاعر، كما تساعد على بناء الوعي بالجسم.

4 – المسرحيات النفسية Psychodrama: وتستخدم كأسلوب جمعي لإعادة تمثيل بعض الأحداث والخبرات الصدمية، لذا فهي تفيد في عمليات التفريغ الانفعالي والاستكشاف في سياق التفاعل مع أعضاء المجموعة باعتبارهم قوى مساندة

5 – العلاج بالقراءة Bibliotherapy : وتستخدم في هذا الأسلوب مواد مكتوبة عن الصدمة، وكتيبات، وقصص، مع التركيز على المعاني والرموز التي تتضمنها بهدف تنمية لغة شخصية لدى الفرد.

6 – الكتابة Writing: للاحتفاظ بمذكرات ولتنظيم الذاكرة، وإجراء حوار شخصي مع الذات، وتكامل الخبرة عن بعد.

7 – العلاج بالفن Art therapy: مثل الرسم باعتباره حوارا بصريا وشكلا من أشكال التعبير الظاهرياتي (الفينومينولوجي) لعمل دراما فردية على مسطح بصري. ويتضمن الفن جوانب السرد التاريخي وما يلازمه من

انفعالات، ويقدم دليلا على الإحساس بالأمان، كما يستخدم كوسيلة للتعبير عن مكونات دفينة دون ما يشعر الفرد بالتهديد إزاء العواقب التي تصاحب التعبير اللفظي.

8 - الجماعات Groups: وتعتبر أوساطا مناسبة لمعالجة الصدمة من خلال التفاعل المتبادل والمساندة المتبادلة. وقد تكون الجماعات مفتوحة أو مغلقة من حيث العضوية فيها، مبنية أو غير مبنية، محددة بوقت أو مستمرة. وتوفر جماعات التكافل مصادر اضافية لدعم الأشخاص ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة وأسرهم. وتساعد الجماعات على تسوية ردود الأفعال وتطبيعها من خلال ما تتيحه من فرص ومواقف تسمح فيها بالمشاركة والتواصل في بيئة علاجية.

انتقال آثار الصدمية إلى المعالجين:

غالبا ما تؤثر الصدمات لدى الأشخاص الضحايا في الأشخاص العاملين مع ضحايا الصدمات، وتنتقل إليهم بطريقة أشبه بالعدوى وتلك هي ظاهرة انتقال آثار الصدمية Vicarious traumatizaion. ولهذا ينبغي أن يتعلم الاختصاصيون في علاج الصدمات والأزمات أن يتعرفوا أعراض الضغوط التي قد يتعرض لها هؤلاء الاختصاصيون العاملون في مجال مساعدة ضحايا الصدمات واضطراب الضغوط التالية للصدمة، وذلك ما يعرف بضغوط المساعدين Helper stress، وأن يتخذوا الخطوات والإجراءات اللازمة لحمايتهم من آثارها الحتمية. لذا تعد رعاية الذات بالنسبة للمعالجين مهارة أساسية، ومطلبا ضروريا من الناحيتين الأخلاقية والمهنية. وقد يستلزم ذلك إجراء بعض الفحوص أو الاستشارات على الاختصاصيين، وتبادل المساندة من خلال الزملاء من الاختصاصيين، والخضوع لبرامج تدريبية. ويؤثر انتقال آثار الصدمية إلى المعالجين في مخططاتهم المعرفية، وعلاقاتهم، ووظائفهم النفسية الفيزيولوچية، وحالتهم الانفعالية، وتوجههم الروحي، وفي معنى الحياة بصفة عامة. وقد تتسبب هذه الظاهرة في أن المعالجين قد يحتاجون إلى مساعدة لتدريبهم على الوعي بحدودهم الشخصية والتوجه المهني داخلها، سواء في سياق العلاقة بين المعالج والحالة أو في غيرها من العلاقات. وفي ذلك أيضا يحتاج المعالجون إلى الترويح واللعب، والراحة والاسترخاء، والتعبير عن الإبداعية في عملهم ونشاطاتهم، ورعاية ذواتهم وأجسادهم، وغير ذلك من الأنشطة التجديدية، وذلك للقيام بآليات مضادة للتحويل المضاد وللصدمية الثانوية.

(المرحلة الثالثة)

بناء المهارات وتقوية الذات

تغير نظام المعتقدات:

تنتظم حياة الفرد في نسق طائفة من الاتجاهات العقلية عن ذاته وعن العالم، تؤثر في أدائه لوظائفه. لذا، نجد أن بعض حالات ضحايا الصدمات قد يوجهون اللوم إلى أنفسهم لما تعرضوا له من أحداث صدمية راحوا ضحيتها، أو قد تتطور لديهم (ينبغيات كمالية) أو (مُثل الكمال)("Perfectionistic shoulds") وتكون غير واقعية بصفة عامة. وقد ينكر بعضهم أن لخبراتهم الصدمية آثارها السلبية، أو يقللون من قيمة خدمات الصحة النفسية التي تقدم إليهم. وقد يبدي آخرون نمطا من التفكير الحاد الذي يرى الأشياء من منظور الكل أو لا شيء أو الأبيض والأسود. وهذا الأسلوب من التفكير يؤول إلى إدراكات مطلقة للذات وللآخرين.

ويلجأ الأفراد بتأثير الخبرات الصدمية إلى استخدام عديد من آليات الدفاع والاستراتيچيات السلوكية التي تساعدهم على البقاء وعلى مواجهة الضغوط التالية للصدمة. ولكن هذه الدفاعات قد تصبح مع مرور الوقت أساليب لا تكيفية، وقد تؤدي إلى إخلال في معتقدات الفرد إزاء ركائز أساسية للوجود مثل الأمان والثقة والقوة والتقدير والتواد. ولهذا، ينبغي الاستفادة من أنظمة التكافل الاجتماعي باعتبارها حاجزا أو مصدا للفرد بين نظام المعتقدات عن الذات والعالم وبين الأفعال الناتجة. وتستخدم أيضا الفنيات المعرفية، مثل فنيات إعادة

البنـاء المعرفـي، لاسـتخلاص معنـى إيجـابي لحيـاتهم، ولإقـرار نظـام معتقـداتهم عـن أنفسـهم والنـاس والعالـم والوجود والمستقبل.

تنمية المهارات الاجتماعية:

تسـاعد تنميـة المهـارات الاجتماعيـة الأشـخاص ذوي اضـطراب الضـغوط التاليـة للصـدمة علـى تواصـلهم مـع المجتمع وبقائهم في العالم اليومي من خلال أدوارهم وعلاقاتهم الاجتماعية. لهذا ينبغي أن يوفر العلاج عددا من الاستراتيچيات التي تساعدهم على التأهيل الاجتماعي، مثل التدريب على مهارات التواصل، ومهارات التوكيدية، ومهارات التحكم في الصراعات، والتحكم في الغضب. ومن الأهمية بمكان أيضا، تنمية مهاراتهم على التحكم في الضغوط، وحمايتهم من الأساليب اللاتكيفية في هذا الشأن مثل تعاطي العقاقير والمخدرات.

التقويـــة:

تعتبر تقوية الذات Empowerment of self الهدف الأكبر للعلاج. فكل استراتيچيات التدخل يجري تصميمها وتنفيذها لتقوية الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، تمكينا لهم من مهارات المواجهة الإيجابية للضغوط واستعادة توازنهم وفاعلياتهم.

(المرحلـة الرابعـة)

التقويـم والتكامـل والإنهـاء

بنـاء المعنى:

يعتبر إعادة بناء إطار معرفي Cognitive reframing للمعنى جانبا ضروريا للتحسن والتوافق. وتتضمن هذه العملية إعادة بناء لرسائل لوم الذات أو للمعتقدات والأفكار والمشاعر غير الدقيقة. وفي ذلك يحتاج الأشخاص ذوو اضطراب الضغوط التالية للصدمة إلى إعادة تقييم افتراضاتهم المنتهكة بتأثير الصدمة، وإلى إعادة بناء نظام تصوري يستخلصون منه معنى عن العالم – وتلك إحدى المهام الصعبة في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ومع ذلك، فقد تنطوي الصدمة على جوانب إيجابية تؤدي إلى النمو الشخصي، لذا ينبغي الاعتراف بهذه الجوانب الإيجابية واستثمارها على أنها مصادر أو ركائز قوية لتنمية هؤلاء الأشخاص. ومن هنا، فإن العمل على إعادة هيكلة الخبرة الصدمية وتضمينها في إطار أكثر إيجابية، يمكن أن يساعدهم على تقبل ما حدث، واستيعابه ليكون جزءًا من نسيج حياتهم، وليكونوا أكثر انفتاحا على المستقبل.

الاستشفاء الديني والروحي:

يعـد الجانـب الـدنني والروحـي ركنـا أساسـيا فـي عمليـة الاستشـفاء، سـعيا إلـى الحصـول علـى السـند والقـوة والروحانية من الله سبحانه وتعالى، حيث يجد الأشخاص ذوو اضطراب الضغوط التالية للصدمة إجابات لما يعن لهم من تساؤلات ومشكلات تتعلق بالكوارث والمحن، ومن قضايا الموت والمعاناة والألم والعدالة والظلم. ويفيـد الاستشـفاء الـدنني أو الروحـي Spiritual/Religions healing فـي حـل كثـير مـن المشـكلات والصراعات، مثل مشاعر الذنب ولوم الذات.

الوقاية من الانتكاس:

يركز علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة على الجانب الوقائي لتقليل حالات الانتكاس أو فشل العلاج، ولهذا يتخذ المعالجون الإجراءات الوقائية الخاصة بمتابعة الحالات من ناحية، وبتقييم فاعلية العلاج من ناحية أخرى، مع حرصهم على تنمية كفاءاتهم المهنية كمعالجين أو اختصاصيين مقتدرين في هذا الميدان المتميز من العمل الكلينيكي.

الإنهـــاء:

تتأتى مرحلة الإنهاء وفك العلاقة العلاجية، حينما يتفق كل من المعالج والشخص (الحالة) على أن استخدام

العلاج وصل إلى نهايته، وأن الشخص قد صار قادرا على إعادة استثماره لطاقاته بعد تجاوز الصدمة لا تجاهلها، وأنه صار أكثر إحساسا بالمستقبل. وهؤلاء الأشخاص الذين يبدون (استعدادا) لإنهاء العلاج، يكونون قد استطاعوا أن يستعيدوا ترابطهم ووحدتهم مع ذواتهم ومع الآخرين، وأن يعترفوا بأن تاريخهم الذي عاشوه مع الخبرة الصدمية سوف يكون دائما جزءًا من ماضيهم. ويُسمح لهؤلاء الأشخاص بمراجعة المعالج إذا دعت الضرورة إلى ذلك، على أساس من مبدأ (الباب المفتوح).

والخلاصة ، إن الاستشفاء من الصدمة غالبا ما يكون عملية طويلة وشاقة. ومع ذلك، فإن ما تطور في ميدان علم الصدمات من استراتيجيات وفنيات للتدخل العلاجي، وما أجري من دراسات وبحوث متنوعة عن جدوى هذه الاستراتيجيات وفاعلتها في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ليؤكد قيمتها العلاجية والتأهيلية للحالات المتضررة من الصدمات ولأسرهم وأبنائهم.

الأبعاد القانونية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة

إن من أبرز التحديات الأخلاقية والقانونية، تعويض أولئك الأشخاص الذين يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مثل ضحايا التعذيب والأسْر والكوارث التي من صنع الإنسان، وذلك على أساس العدالة والدقة (1) . ويبرز في ذلك، ومن كل بد، ضرورة الاهتمام بالجوانب القانونية في تناول اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

يتضمن ميدان علم الصدمات مجالات عدة نفسية وطبية واجتماعية وتربوية وقانونية وغيرها من المجالات المعنية بالكوارث والصدمات وعواقبها المتعددة والمتشابكة، وتطورها، واحتمالات إزمانها في شكل تأثيرات بعيدة المدى، أو حتى احتمالات تجذرها وانتقال آثارها من جيل إلى آخر في المجتمع.

ولقد تناولنا في مواضع كثيرة إلى أي حد تنطوي الكوارث والصدمات، وبخاصة التي من صنع الإنسان مثل الحروب وجرائم العنف والإرهاب والاغتصاب والتعذيب والأسر وحوادث السيارات والكوارث التكنولوجية، على آثار وعواقب معقدة وعميقة لا تمحى مع الزمن، وقد تؤدي إلى اختلالات واضحة في الشخصية والسلوك والعلاقات، وعلى مستوى الفرد والأسرة والمجتمع. ولهذا تبرز قضية (الجوانب القانونية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة) (PTSD litigation) باعتبارها أبعادا أساسية للعمل في هذا الميدان.

ويُعنى بهذه الجوانب تخصصات معينة هي: الطب النفسي القانوني (الشرعي)Forensic psychiatry وعلم النفس القانوني أو الجنائي Forensic psychology. وتلك علوم تختص بالمجالات والخدمات المتداخلة بين المهن القانونية والتشريعية ومهن الصحة النفسية. فقد يصبح المواطن حالة (عميلا) لكل من الأنظمة القانونية والأنظمة الاجتماعية الطبية في آن واحد، إذا كانت مشكلات التوظيف النفسي (أي توظيف الفرد لطاقاته وفاعلياته) متعلقة بإجراءات أو أحداث جنائية أو مدنية تعرض لها الفرد. وهنا يجد الاختصاصيون المهنيون في الصحة النفسية أنفسهم مطالبين بالتعامل مع القانون عن قرب من خلال الحالات التي يتولون تشخيصها وعلاجها وتأهيلها، وبالتالي يجدون أنفسهم أمام مفاهيم القانون ومبادئه ولغته وأخلاقياته وإجراءاته فيما يختلف بشكل كبير عن مفاهيمهم ولغتهم وإجراءاتهم المهنية (1)

ومن ناحية أخرى، يجد رجال القانون، وبخاصة المحامون، أنفسهم مطالبين بالتعامل مع حالات قد تكون مشوبة باضطرابات نفسية، بل إن هناك أشخاصا كثيرين يلجأون إلى المحامين لأسباب أخرى، نفسية في طبيعتها، أكثر من حاجتهم إلى مساعدة أو استشارة قانونية. ويبدو ذلك خاصة في الحالات المتضررة من الأحداث الصدمية وحالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وقد يشعر رجل القانون إزاء هذه الحالات بنوع من التهديد لكفاءته المهنية. فقد تبين من نتائج بعض الدراسات أن المحامين يقضون ما بين.3 و.8% من وقتهم في إرشاد تلك الحالات، مع اعتبار نقص تدريبهم أو تعلمهم في التعامل مع مثل تلك الحالات (2).

ولهذا يؤكد بعض الخبراء في هذا الشأن ضرورة تقديم مقررات في (الإرشاد القانوني) Legal counseling ضمن مقررات كليات الحقوق، اعتبارا لكون رجال القانون والأمن ومساعديهم كثيرا ما يكونون في مقدمة (خط المواجهة) Frontline في مساعدة الأشخاص الذين يتعرضون لكوارث أو أزمات (3).

وبسبب أهمية الأبعاد القانونية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، نظمت (جامعة چورچ تاون) بواشنطن في عام 2991 برنامجا عن الطب النفسي والقانون، برئاسة (روبرت سيمون)، كما عقدت مؤتمرا عن الدعاوى القضائية الخاصة باضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأصدرت (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) أعمال هذا المؤتمر في عام 5991 (4) .

إن ثمة قضايا أساسية تثار بشأن الدعاوى والأحكام القضائية عن الإصابات والأضرار التي يجري تشخيصها على أنها اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ومن أبرز هذه القضايا: المسميات التشخيصية، والاستخدامات القانونية لتلك المسميات المُحَدِّدَة لهذا الاضطراب وتضميناتها من التعويضات والجزاءات، والتقويم القانوني لهذا الاضطراب.

المسميات التشخيصية:

تعتبر قضية المسميات التشخيصية Diagnostic nomenclature من أكبر المشكلات التي تواجه الممارسين في مجال علم النفس القانوني والطب النفسي القانوني فيما يتعلق بفئة اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

لقد طُرح ما هو مقرر الآن من مفهوم مهني ورسمي عن (اضطراب الضغوط التالية للصدمة) PTSD بمسميات تشخيصية مختلفة داخل الهيئات العلمية المعنية لأكثر من مائة عام على الأقل، وتحديدا منذ أن طرح (كليفنجر) Clevenger في عام 9881 قضية (إصابة العمود الفقري) Spinal concussion بسبب الحوادث وما شاع بعد ذلك وحتى الآن من ادعاءات غير أمينة بالتظاهر بالمرض Malingering رغبة في الحصول على التعويضات، واستمرار هذه الادعاءات كمشكلة علمية ومهنية وقانونية. وإذا كان مفهوم اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD هو آخر هذه المسميات، إلا أن معظمها استخدم لوصف المعاناة النفسية لدى ضحايا الصدمات. ومنعا لهذا اللبس أو الخلط أو سوء الاستخدام وما لهذا من تضمينات قانونية، يقدم بعض الخبراء قائمة بالمسميات التي استخدمت لوصف اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فيما يلي: (1)

(قائمة المسميات المستخدمة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة)

عصاب الحوادث Accident neurosis
زملة ضحايا الصدمات Accident victim syndrome
عصاب عواقب الحوادث Aftermath neurosis
المرض الأمريكي American disease
الاتجاه نحو المرضية Attitudinal pathosis
هستيريا التعويضات Compensation hysteria
عصاب التعويضات Compensation neurosis
مرض التعويضات Compensationitis
عصاب الرعب Fright neurosis
عصاب الدولار Greenback neurosis
عصاب العدالة Justice neurosis
عصاب التقاضي Litigation neurosis
المرض النفسي العصابي Neurotic neurosis
زملة القلق التالي للحوادث Postaccident anxiety syndrome
الزملة التالية للحوادث Postaccident syndrome
الزملة التالية للصدمة Posttraumatic syndrome
عصاب الكسب Profit neurosis
إصابة العمود الفقري نتيجة لحوادث السكك الحديدية Railway spine
زملة صدمة الاغتصاب Pape trauma syndrome
عصاب المكاسب الثانوية Secondary gain neurosis
الهستيريا الصدمية Traumatic hsteria
الوهن النفسي الصدمي Traumatic neurasthenia
العصاب الصدمي Traumatic neurosis
العصاب المتفجر Triggered neurosis
التمارض اللاشعوري Unconsicious malingering
عصاب العمود الفقري Vertebral neurosis

والواقع إنه منذ تقديم مصطلح (اضطراب الضغوط التالية للصدمة) على أنه تشخيص رسمي في (الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث) (DSM-III, 198.) للرابطة الأمريكية للطب النفسي، توقفت إلى حد كبير حساسية الاختصاصيين الكلينيكيين لهذا الاضطراب، ولكن في الوقت نفسه، تزايد الاهتمام بادعاءات التمارض واصطناع أعراض هذا الاضطراب.

الاستخدامات القانونية:

تتوفر الشروط القانونية السليمة لتحديد اضطراب الضغوط التالية للصدمة إذا تحققت على أساس من الاستخدام السليم للمسميات التشخيصية. ولكن، تبرز قضية على درجة كبيرة من الأهمية، مفادها أن استخدام (الدليل التشخيصي والإحصائي) DSM لا يقصد به أن يكون بمثابة (كتاب للطبخ) القانوني Forensic cookbook"" أو دليلا طبيا عاما. فالمحكات التشخيصية التي يتضمنها (الدليل التشخيصي والإحصائي) كثيرا ما تكون مدعاة لجذب القضاة والمحامين إليها باعتبارها دليلا عاما للطب النفسي. وقد يثار بشأن ذلك تساؤلات وشكوك عن نقص الخلفية التعلمية والتدريبية لدى رجال القانون بشأن هذا الميدان من الطب النفسي، الأمر الذي قد يطرح قضية المصداقية في استخدام تلك المحكات التشخيصية. ولمواجهة هذه المشكلات الحساسة، سعت (جامعة جورج تاون) Georgetown University بواشنطن إلى تقديم برنامج تدريبي عن معايير التقويم القانوني لسد الفجوة في الممارسات القانونية التي خلفها (الدليل التشخيصي والإحصائي)، ولتوفير دليل عملي بالكفايات والإجراءات اللازمة للاستخدام المناسب للمسميات التشخيصية

لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. وتتدرج هذه المعايير اللازمة للتطبيق القانوني المناسب للمعالم والمحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة في عدد من الفئات، كما يلي (1):

(1) كفاءة المُقَوِّم (الاختصاصي القائم بالتقويم).

(2) إقرار العلاقة القانونية .

(3) طرق التقويم وإجراءاته .

(4) المعلومات المستخدمة في التقويم.

(5) تقديم التقويم وعرضه.

فيما يتعلق بقضية كفاءة المُقَوِّم (الاختصاصي القائم بالتقويم)، فإن كفايات الاختصاصي باعتباره الشاهد الخبير لا تعتبر قضية عامة ولكنها بالأحرى قضية نوعية. فالترخيص Licensure، القانوني أو المهني، لمزاولة الطب النفسي أو العلاج النفسي لا ينبغي، بذاته لذاته، أن يُكْسب حامله صلاحيات شرعية ليعمل خبيرا في (اضطراب الضغوط التالية للصدمة). وهنا ينبغي أن تتجاوز معايير الكفاءات اللازمة لتقويم اضطراب الضغوط التالية للصدمة مجرد المؤهلات الأساسية لممارسة الطب النفسي والعلاج النفسي. ولهذا ينبغي أن تقدم معايير مزاولة هذه التخصصات المهنية وصفا تفصيليا لنواحي التعلم والتدريب والخبرة المناسبة لتقويم اضطراب الضغوط التالية للصدمة بكفاءة في الحالات النوعية. وتحدد هذه المعايير عناصر عامة للكفاءة المهنية في تقويم اضطراب الضغوط التالية للصدمة وعناصر إضافية نوعية تناسب العمل مع أحداث ضاغطة معينة، مثل الاغتصاب أو صدمات الحروب أو الأسر أو التعذيب أو الكوارث الطبيعية، أو مع أشخاص معينين مثل الأطفال. وعلى الرغم من أن معايير المزاولة لا ينبغي أن تقتصر على المحاكم، فإنها ينبغي أن توفر كذلك توجيها عمليا يفيد في توكيل أو تعيين اختصاصيين أكفاء يقومون بإجراءات التقويم. ويرتبط بهذه الكفاءات (التعلم والتدريب والخبرة)، مقدرة المُقَوِّم الشرعي (القانوني) على تطبيق مهاراته بطريقة غير مجتزأة، فلا يجري تقويما إذا كانت هناك أنشطة مهنية أخرى أو وجهات نظر شخصية أو أساليب للتعويضات قد تخلق صراعات لا تسمح له بتطبيق مهاراته تطبيقا كاملا. فعلى سبيل المثال، أن يكون الاختصاصي الذي يتولى مهمة تقويم اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المدعي، هو نفسه الذي يقوم بعلاجه، حيث يلقي ذلك ظلالا من الشكوك حول مصداقية التقويم.

ومن حيث إقرار العلاقة القانونية لتقويم اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فإن المُقَوِّم ينبغي أن يقوم بمهمته فقط في ظل سلطة أمر كتابي من المحكمة أو على أساس حصوله على موافقة رسمية من المدعي أو محاميه. وفي كل الحالات ينبغي أن يكون على بينة تامة من المحكمة قبل أن يمضي في إجراءات التقويم.

وتستند طرق التقويم وإجراءاته إلى أرضية من المعايير العلمية والكلينيكية المقررة في الوقت الحالي. ويمكن أن تستخدم معايير المزاولة لتقوم بوظيفة مهمة عن طريق تقديم المعلومات المطلوبة للهيئات المهنية النفسية والقضائية بشأن الطرق والإجراءات المقررة في الوقت الحالي لتقويم اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وفي كل ذلك ينبغي أن تكون معايير المزاولة على وعي تام بأهمية التقدير متعدد الطرق - ومتعدد السمات Multimethod - multitrait assessment بما يضمن مصداقية معلومات التقويم وثباتها.

وفيما يتعلق بالمعلومات المستخدمة في التقويم، فإنها ينبغي أن تكون دقيقة وكاملة. ولهذا، فإنها ينبغي أن تتضمن عند الحد الأدنى من تلك المعلومات ما يلي:

أ - تاريخا تفصيليا عن الحدث الصدمي، وعواقبه بالنسبة للشخص المدعي، والتغيرات في أسلوب حياته، والجهود العلاجية في هذا الشأن.

ب - معلومات مكملة أو متطابقة أو موازية عن الحدث الصدمي، بما في ذلك تقريرات الشهود، وتقارير الشرطة، والمقابلات مع أعضاء الأسرة.

حـ - التاريخ السابق عن وجود اضطرابات نفسية في تاريخ حياة الفرد، والتاريخ الطبي، والتاريخ القضائي، والسجل الجنائي.

كذلك، فإن المعلومات المستخدمة في التقويم ينبغي الحصول علها بطريقة مناسبة. فقبل المضي في إجراءات التقويم، ينبغي إعلام الشخص المفحوص (الحالة) بالغرض من هذه المعلومات وبالقصد من استخدامها، وبالطرق التي سوف تستخدم في الحصول على هذه المعلومات، والجهة التي كلفت الاختصاصي القائم بالتقويم أو التي عينته لعمل هذه المهمة. وينبغي أن يكون الاختصاصي على دراية بقواعد الشهادة وبمصادر المعلومات المتاحة قانونيا، وبموثوقية التقويم، كما يحتفظ بموثوقية المعلومات غير المتضمنة في التقويم.

أما فيما يتعلق بتقديم نتائج التقويم وعرضها، فينبغي أن تعكس بدورها كفاءة الاختصاصي المُقَوِّم، والعملية المستخدمة في إقرار العلاقة القانونية، والطرق والإجراءات المستخدمة في التقويم، والمعلومات المستخدمة في التقويم، والنتائج التي توصل إليها وما وراءها من سند من الأدلة والبراهين. ولما كان التقويم القانوني يجري مصحوبا بمعرفة صريحة بالاستخدام المقصود منه وفي موقف التعامل مع الطرف الخصم، حيث تولى أهمية كبيرة لكل عبارة يفصح عنها المدعي (الحالة) ولكل سؤال أو لنبرة الصوت، فإن الاختصاصي المُقَوِّم مطالب بأن يوثق كل ما يجمعه بدقة وأن يحتفظ بها كاملة لتكون أساسا لما توصل إليه التقويم من نتائج. وتتضمن هذه الوثائق كل ما استخدم من اختبارات ومقاييس ومقابلات، وأساليب تطبيقها والمعلومات المتجمعة من خلالها. وفي بعض الحالات قد يكون من الضروري استخدام الفيديو في إجراءات التقويم لما يتضمنه من قيمة في تسجيل بيانات ووثائق ومواقف ملموسة.

التقويم القانونـي

يُجرى التقويم القانوني Forensic evaluation على الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة

الذين يلجأون إلى القضاء عن طريق إقامة الدعوى ضد الحكومات أو الهيئات أو الأشخاص الذين تسببوا في معاناتهم بسبب ما تعرضوا له من صدمات أثرت بشكل ملموس في تغيرهم واضطرابهم ونقص فاعلياتهم في الحياة، وطلب اتخاذ الإجراءات العقابية والوقائية ضد المتسببين مثل مجرمي الحرب، وتقرير التعويضات العادلة.

ويتطلب التقويم القانوني، مثل التقويم النفسي، القيام بالملاحظة المنظمة، وجمع البيانات بطريقة منظمة ومنطقية، والأحكام السديدة من جانب الاختصاصي المُقَوِّم. ويعتبر تحليل الشخصية وتقويم المصداقية جوانب مهمة حينما يقوم الاختصاصي بتقويم تلك الحالات القانونية التي تشكو باستمرار من أعراض معينة، وتلوم الآخرين على مشكلاتها، وقد تبالغ أو تكذب أثناء إجراء الفحوص عليها. لذا ينبغي أن يكون الاختصاصي ملتزما بواجباته المهنية، وواعيا بأخلاقياته المهنية وبنزعاته واتجاهاته الشخصية إزاء مثل تلك الحالات. ويراعى عند إجراء التقويم أن يتفرع إلى قسمين، أحدهما كلينيكي والآخر قانوني. ويختص الجانب الكلينيكي بالتشخيص، أما في الجانب الثاني فيتوصل الاختصاصي إلى رأي يتعلق بالقضية القانونية موضع الاعتبار (1):

في المرحلة الكلينيكية، يقوم الاختصاصي المهني في الصحة النفسية بإجراء المقابلات مع الحالة (المدعي)، وفحوص الحالة العقلية، وتطبيق الاختبارات والمقاييس والأدوات المناسبة، وإجراء المقابلات مع الزوج أو الزوجة أو الأقارب المعنيين أو الأصدقاء، واستعراض السجلات المعنية بما في ذلك التقارير الطبية أو النفسية، وتلخيص البيانات والمعلومات المتجمعة، وتحديد التشخيص. وعند الانتهاء من القسم التشخيصي - الكلينيكي، تسير إجراءات استكمال التقدير القانوني. ثم يقوم الاختصاصي بالربط والتكامل بين الرأي التشخيصي - الكلينيكي مع الجوانب القانونية وصولا إلى قرار بشأن الحالة (1).

وثمة فارق رئيسي بين التقويم القانوني والفحص النفسي، يبدو في استخدام هذه التقديرات. فالفحوص والتقديرات النفسية تؤول إلى تحديد التشخيص والخطة العلاجية، ونادرا ما تتطلب دفاعا عنها، عدا ما يتم بشكل مهذب من مناقشات في حلقات البحث وقاعات المؤتمرات العلمية. أما الآراء المتخصصة التي تطرح من خلال الإجراءات القانونية، فتنطوي على أمور مالية، أو توقيع العقاب أو إطلاق سراح المتهمين. ولهذا، وبصرف النظر عن دقة وسلامة الآراء أو الأحكام الكلينيكية، فإنها سوف تتعرض لنوع من التحدي أو حتى المعارضة. ولهذا، غالبا ما تكون مواجهة بعض الاختصاصيين الكلينيكيين مع المحامين خبرة غير مريحة بالنسبة لهؤلاء الاختصاصيين الكلينيكيين، ولكن التقويم القانوني العميق والدقيق والاستعداد المناسب قبل الإدلاء بالشهادة أمام المحكمة أو الهيئات القضائية المعنية وغير ذلك من شروط أداء الدور المهني للاختصاصي الكلينيكي في هذه المواقف، من شأنه أن يحصنه ضد عوامل الحيرة أو الارتباك أو التردد، بل قد يجعل من مشاركته في مواقف يتعامل فيها مع أطراف متعددة للنزاع، مثل الشخص المدعي (الحالة) والمحامين وشركات التأمين، أو حتى مع حكومات مثلما هي الحال بالنسبة لأسرى الحروب، خبرة باعثة على الاهتمام (2).

والواقع إن الأبعاد القانونية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة أخذت تثير جدلا وقضايا عدة على المستوى المهني والقانوني والتشريعي والدولي، وتلك كلها أمور تحكمها دقة التشخيص الكلينيكي. واعتبارا لهذه المشكلات، يطرح بعض الخبراء العاملين في برنامج (جامعة چورچ تاون) بواشنطن، والخاص بالجوانب القانونية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD litigation، عددا من القضايا التي ينبغي أن توضع في الاعتبار عند التقويم القانوني لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، تحددها التساؤلات التالية (1):

(1) هل الشخص صاحب الدعوى الذي يشكو من أنه يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة، تستوفي حالته بالفعل المحكات الكلينيكية النوعية لهذا الاضطراب؟

(2) هل الحدث الصدمي، الذي يتذرع به على أنه تسبب في معاناته من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، يتصف بدرجة من الشدة تكفي لإحداث هذا الاضطراب ؟

(3) ما التاريخ السابق لدى المدعي (الحالة) من حيث وجود اضطرابات نفسية سابقة على هذا الحادث في تاريخ حياة الفرد ؟

(4) هل استند تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة فقط إلى التقارير الذاتية للأعراض كما قررها المدعي؟

(5) ما المستوى (الفعلي) للاضطراب النفسي الوظيفي لدى المدعي؟

وتعكس الإجابة عن هذه التساؤلات عددا من القضايا الأساسية، تتضمن أيضا عدة موجهات ينبغي مراعاتها لتوفير الموثوقية في التقويم الشرعي (القانوني)، فيما يلي (2):

(1)قضية المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة

يعتبر اضطراب الضغوط التالية للصدمة أكثر الاضطرابات التي أثارت مشكلات عديدة سواء على المستوى المهني أو على المستوى القانوني التشريعي. وفي ذلك يقرر أحد الخبراء في هذا الميدان، أنه (لا يوجد تشخيص في تاريخ الطب النفسي الأمريكي كان له تأثير أكثر درامية وشمولا على القانون والعدالة الاجتماعية من اضطراب الضغوط التالية للصدمة) (1) .وربما لقي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، أكثر من أي اضطراب آخر في الطب النفسي، تحديدا على أساس من أعراض نفسية معينة يتفرد بها هذا الاضطراب وحده. ولقد سبق أن تناولنا هذه الأعراض ومحكاتها التشخيصية وما وراءها من مفاهيم تفسيرية وما يتعلق بها من نتائج بحثية.

ويعنينا في هذا المقام المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة كما تتعلق بالتقويم القانوني. فالمُقَوِّم الشرعي (القانوني)، في تقويمه للمحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، ينبغي أن يسترشد بالأدلة التشخيصية الرسمية، وبالكتابات المهنية، والبحوث الحالية. وينبغي تجنب التعريفات الخاصة أو المحدودة التي قد تطرح لهذا الاضطراب. وفي حالة عدم استخدام المحكات التشخيصية الرسمية، فإن عبء إقامة الدليل والإثبات ينبغي أن يقع على كاهل الاختصاصي المُقَوِّم ليقدم الأدلة العلمية لتشخيصه لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

(2)**قضية تقويم الحدث الصدمي**

تبرز الكتابات المهنية بوضوح أن الحدث الصدمي الضاغط Traumatic stressor هو العامل الأكثر خطورة في تطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ويتحدد هذا العامل، في جانب منه، بالتهديد للحياة والإصابة الجسمية والفقدان للأشخاص والمصادر، وفي جانب آخر، بغرابة الحدث الصدمي. ولهذا فإن الاستجابة النفسية الصدمية الأولية يمكن التنبؤ بها على أساس من شدة الحدث الصدمي الضاغط. أما الاستجابة التكيفية الناتجة، فتختلف وفقا للمعنى النفسي للخبرة الصدمية أكثر مما هو وفقا للطبيعة المحددة للحدث الصدمي، وعلى ذلك، فإن تحديد الحدث الصدمي ينطوي على أهمية كبيرة بالنسبة لتشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما يحدده رسميا المحك (أ) في (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع) الذي يعتبر بوابة تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

ويعتبر تقدير الأحداث الضاغطة الأخرى في حياة الشخص (المدعي) جانبا مهما في مصداقية إجراءات التقويم القانوني. فالمعروف أن معظمنا يعيش في عالم متعدد الأحداث الضاغطة، وعلى ذلك فإن المُقَوِّم الشرعي ينبغي ألا تستميله تأكيدات المدعي فيما يتعلق بسبب اضطرابه النفسي. فقد تكون هناك اضطرابات مرضية مصاحبة مرتبطة بأحداث ضاغطة نفسية (متعددة) تسهم كثيرا في تشكيل الصورة الكلينيكية لديه. بل قد يكون هناك حدث ضاغط ضئيل قد يتسبب في تطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث يكون هذا الحدث بمثابة (القشة النهائية) التي تفجر مخزون اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهنا على المحكمة أن تحدد ما إذا كان هذا الحدث هو بمثابة العامل المعجل لتكوين واستعداد سابقين، أو أن تقرر أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة كان سينشأ بأية طريقة من الطرق.
ويفيد كثيرا في الدعاوى القضائية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، الكشف المتعمق عن المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية وفقا للمحور (4) Axis IV من (التقدير المتعدد المحاور في التشخيص) بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV، وذلك لتضمين أو استبعاد الأحداث الصدمية الوسيطة أو البديلة أو الدخيلة التي تكسر سلسلة العلية بين الحدث الضاغط الصدمي المزعوم وتطور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وقد يشكل ما يعرف بالسبب القريب Proximate cause لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة حدثا صدميا آخر يحدث إما قبل وقوع الحدث موضع الاعتبار أو قبل نشأة أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي تسببت زعما عن الحدث موضع الاعتبار.
ولكل هذا، فإن المُقَوِّم الشرعي (القانوني)، في تقديره لكفاية الأحداث الضاغطة الصدمية لتشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ينبغي أن يسترشد بالأدلة التشخيصية الرسمية، وبالكتابات المهنية،، والبحوث الحالية. كذلك ينبغي تقويم الاسهامات المحتملة للأحداث الضاغطة المتعددة في تحديد الصورة الكلينيكية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الشخص المدعي.

(3)**قضية وجود تاريخ سابق من الاضطرابات النفسية**

قد تثار وجهة نظر تذهب إلى أنه ليس من الضروري أن نؤكد أن التاريخ المرضي السابق للشخص المدعي ينبغي الكشف عنه. إلا أنه مما يجدر اعتباره كيف أن التقويمات النفسية والطبية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى أصحاب الدعاوى القضائية لا تتقدم إلى ما وراء موضوع الادعاء، كما لو أن حياة الشخص المدعي بدأت في وقت الحدث الصدمي الذي تركز عليه الدعوى. ولكن مادمنا ندخل دائرة القضاء، فإن الاختصاصيين المهنيين في الصحة النفسية مطالبون بتأكيد وضعهم الكلينيكي ومهاراتهم الكلينيكية في هذا الشأن، فلا يوجد تقويم نفسي قانوني تتصف له شروط الموثوقية من دون الفحص العميق لخبرات الماضي لدى المدعي، لذا ينبغي أن يوضع في الاعتبار احتمال وجود اضطراب سابق للضغوط التالية للصدمة في تاريخ حياة الفرد.
وإضافة إلى ذلك، فقد تتراكم في تاريخ حياة الفرد عوامل من المخاطرة Risk factors تعمل على زيادة استعداد الفرد واستهدافه لتطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة لديه حال تعرضه لأحداث صدمية. وهذه العوامل عادة يمكن تشخيصها وفقا للمحور (1) Axis I والمحور (2) Axis II من (التقدير المتعدد المحاور في التشخيص).وهنا قد تلاحظ بعض جوانب القصور في بعض التقويمات القانونية، مثل عدم تقويم

اضطرابات الشخصية وفقا للمحور Axis II(2) التي ربما تكون بوضوح وثيقة الصلة بالصورة الكلينيكية الحالية لدى الشخص المدعي، كذلك ربما لا تؤدي الأحداث الضاغطة الصدمية إلى نشأة اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولكنها بدلا من ذلك قد تؤدي إلى تفاقم أو إعادة تنشيط اضطرابات نفسية موجودة من قبل يمكن تقديرها وفقا للمحور (1) و (2)، أو تسهم في تطور اضطراب نفسي آخر. وقد تبدو الأمور أكثر تعقيدا، إذا وضعنا في اعتبارنا الحالات المرضية المصاحبةComorbid conditions لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، مثل اضطرابات الشخصية الشبيهة Mimic personality disorders، واضطرابات الشخصية الحدية، والمختلطة، واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع. كذلك قد يرتبط الإدمان للعقاقير والمخدرات باضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وقد تثار أيضا قضية تأثير خبرات الطفولة من الاساءة الجسمية أو الجنسية على تطور اضطرابات الشخصية، إذ تبين من نتائج بعض الدراسات، على سبيل المثال، أن 89% من هؤلاء المرضى يكشفون عن تاريخ مرضي سابق من الاساءة الشديدة في طفولتهم (1). وتشير مثل هذه النتائج إلى أن كثيرا من هؤلاء المرضى تطور لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة عندما كانوا أطفالا نتيجة لما تعرضوا له من الخبرات الصدمية لاساءة معاملتهم أو سوء استخدامهم. وفي ذلك يذهب بعض الباحثين إلى أن هؤلاء الأشخاص ضحايا الأحداث الصدمية، الذين خبروا صدمات ممتدة ومتكررة، تتطور لديهم طائفة من الحالات المرضية، وليس مرضا واحدا، فيما يسميه (هيرمان) بـ(الاضطراب المركب للضغوط التالية للصدمة) Complex (PTSD (2.

وتفترض التقارير المتسقة عن وجود معدلات عالية من صدمة الطفولة لدى حالات (اضطراب الشخصية الحدي) Borderline personality disorder، أن هذا الاضطراب قد يكون في حقيقته اضطراب الضغوط التالية للصدمة، لما ينطوي عليه كل من هذين الاضطرابين من بعض الأعراض المتداخلة، الأمر الذي قد يعتبر معه (اضطراب الشخصية الحدي) بمثابة عامل استهدافي أو استعدادي Vulnerability Factor لتطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة (3). وقد تتعقد الصورة الكلينيكية أو تزداد سوءا لدى الأشخاص أصحاب الدعاوى القضائية، بسبب وجود اضطرابات طبية سابقة وعلاجات بالعقاقير لاضطرابات نفسية أو جسمية.

واعتبارا لكل ذلك، فإن التقويم النفسي القانوني للشخص صاحب الدعوى الذي يشكو بأنه يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وضمانا للموثوقية في هذا التقويم، يتطلب فحصا عميقا للتاريخ السابق، النفسي والطبي، للمدعي، بما في ذلك من مسح للسجلات السابقة - الطبية والنفسية وغيرها من السجلات المهمة.

(4)**قضية الاعتماد على التقارير الذاتية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة**

ثمة قضية بارزة ذات مغزى بالنسبة للاعتبارات القضائية وإجراءات التقاضي، مفادها أنه إذا كان من الممكن استثناء السلوكيات التي يستعيد بها الفرد مرة ثانية الأنماط السلوكية التي كان يستجيب بها للأحداث الصدمية (Behavioral) (reenactments، فإنه لا توجد أية دلائل أو أعراض كلينيكية موضوعية بالنسبة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. وعلى ذلك، فإن المُقَوِّم الشرعي (القانوني) ينبغي ألا يعتمد على التقارير الذاتية التي يقررها الشخص المدعي وحدها، بل أن يحصل أيضا على مصادر اضافية للمعلومات. كذلك، فإنه يضع في اعتباره احتمالات ليست بالقليلة مما قد يبديه بعض الأشخاص أصحاب الدعاوى من ادعاء المرض في شكل أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ففي حالة اضطراب الضغوط التالية للصدمة، تصبح الصدمة محورا تدور حوله حياة الفرد وتستقطب فاعلياتها، وتتوجه الحياة إلى تجنب المنبهات التي تسبب الاستثارة النفسية الفيزيولوچية (مثل الخوف والرعب). وقد تفيد مصادر المعلومات الاضافية والمتطابقة في تأييد أو رفض هذا الجانب من تمركز الحياة حول اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

والواقع إن الطبيعة الذاتية لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مثلما هي الحال بالنسبة لكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى، تثير مشكلات خاصة بالنسبة للمبادىء القانونية. وهنا قد تعول إجراءات التقاضي كثيرا على البيانات والمعلومات المستمدة من تقارير الفحوص المعملية والمقاييس النفسية الفيزيولوچية والأدوات والأجهزة التكنولوچية المتقدمة، باعتبارها مصادر للمعلومات أكثر موضوعية في تقويم أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وفي ذلك يوضح (پيتمان وأور) القيمة الموضوعية لهذه المعلومات من المنظور القانوني، إذ وجد فروقا دالة ملحوظة في الاستجابات الفيزيولوچية إزاء عدد من (المنبهات المتخيلة) بين مجموعة من الأشخاص يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومجموعة ضابطة أخرى. وكانت مقاييس تقدير معدل ضربات القلب، ونشاط الغدد الدرقية، والتقرير العضلي الوجهي تقدم بوضوح بيانات أعلى لدى الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة (1) .

وعلى الرغم من أن تقارير الاختبارات والفحوص النفسية الفيزيولوچية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة التي تقدم إلى المحكمة قد ينظر إليها بعين الشك على أنها (صندوق أسود) سحري للأطباء النفسيين الشرعيين (القانونيين) Forensic psychiatrists، فإنها قد تكون ذات فائدة كبيرة كأدوات مساعدة تضاف إلى الأدوات التقليدية للتقويم النفسي. ومع ذلك، فقد لا تقبل المحاكم نتائج الاختبارات والفحوص النفسية الفيزيولوچية في تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة. لذا تظل المعرفة والأحكام والخبرات الكلينيكية أفضل أدوات تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وثمة قضية جديرة بالاعتبار من المنظور القانوني خاصة، تؤكد أن الأطباء أو الاختصاصيين النفسيين حينما يتجرأون على الدخول في حلبة القانون ينبغي أن يكونوا على وعي بالأدوار المختلفة بشكل جوهري بين

الطبيب النفسي أو الاختصاصي النفسي المعالج وبين الاختصاصي في الطب النفسي الشرعي (القانوني)، فلا ينبغي أن يكون هناك خلط أو غموض في أداء تلك الأدوار الحساسة. ففي السياق العلاجي، يعنى الاختصاصي النفسي أساسا بإدراكات الشخص وتقديراته المعرفية، وليس بالضرورة بالواقع الموضوعي.
ويشجع (الدليل التشخيصي والإحصائي) DSM الاختصاصيين الكلينيكيين على وضع التشخيصات استنادا إلى التقارير الذاتية Self - reports للحالات بصرف النظر عن مدى دقتها. ونتيجة لذلك، لا يتكلم معظم الأطباء أو الاختصاصيين النفسيين المعالجين مع أطراف ثالثة، أو يراجعوا سجلات متعلقة بالحالة للحصول على معلومات اضافية، أو يقيموا الدليل والإثبات على ما يقررونه من أحكام كلينيكية.أما القانون، فيعنى فقط بما تقرره الحقائق بشكل محدد. ولذلك، فإن البيانات الذاتية وغير المحققة بالدليل والإثبات مما يقرره الشخص المدعي غالبا ما تكون عرضة للنقض في المحكمة باعتبارها بيانات تأملية، قائمة على النفع الذاتي self - serving، وغير جديرة بالثقة. وهنا يجد الطبيب أو الاختصاصي النفسي المعالج نفسه في موقف لا يستطيع فيه أن يرد باقتدار على هذه الانتقادات أو الاتهامات.
وكذلك، قد تحتدم قضية المصداقية بين المنظورين - النفسي والقانون. فالطبيب أو الاختصاصي النفسي المعالج يكون، وينبغي أن يكون، نصيرا للشخص (الحالة). ويعتبر التحيز إزاء الحالة موقفا علاجيا مناسبا يعزز من العلاقة العلاجية، بل إن المعالج، لكي يعالج بفاعلية، مطالب ببناء علاقة مهنية بينه وبين الحالة تقوم على الثقة والتقبل والاعتبار الوجداني غير المشروط والألفة والوئام وغير ذلك من الشروط المقررة لتلك العلاقة. وتلك مقومات ضرورية لنجاح العلاج. أما في قاعة المحكمة، فإن هذا الموقف قد يأخذ معنى آخر؛ ذلك أن المصداقية من المنظور القانوني تعتبر (سلعة حساسة) ينبغي الحرص عليها عند الدخول في إجراءات التقاضي. فالمعارضة قد تستثمر كل فرصة لتصوير الطبيب أو الاختصاصي النفسي المعالج على أنه ناطق باسم المريض (المدعي) ولسان حاله بشكل ذاتي Subjective mouthpiece - وهو ما قد يكون حقيقيا أو غير حقيقي. وإضافة إلى ذلك، فإن شهادة الطبيب أو الاختصاصي النفسي المعالج أمام المحكمة قد تفرض عليه أن يكشف عن معلومات قد تعتبر من صميم الثقة والوئام والسرية في علاقته بالمريض (المدعي).
ولهذا، إذا جرى الكشف عن هذه المعلومات عن طريق المعالج الثقة، فإن العلاقة العلاجية قد تتعرض للانهيار، بل قد تترتب عليها أخطار جسيمة. وإزاء مثل هذه المواقف، ينبغي أن يتوخى المعالج كل الحذر لإعلام المريض (المدعي) بما يمكن أن يفضي به من معلومات عن العلاج، وخاصة في الأمور القانونية.
ولهذه الاعتبارات، ينبغي أن يحاول المعالج أن يظل فاعلا فقط في دوره العلاجي. أما إذا اضطر للشهادة في صف الحالة (المدعي) أمام المحكمة، فإنه ينبغي أن يشهد فقط على أنه (شاهد للحقيقة) Fact witness وليس على أنه (شاهد خبير) Expert witness. وبالنسبة للشهادة بالحقيقة، يطلب إلى المعالج أن يصف عدد الجلسات العلاجية وطولها، والتشخيصات، والعلاج. وعادة لا يطلب إليه إبداء رأيه فيما يتعلق بأسباب الإصابة أو مداها. إلا أنه في بعض المحاكمات قد تلجأ المحكمة إلى تحويل (شهادة الحقيقة) إلى (شهادة الخبير) أثناء وقت المحكمة. وهنا ينبغي أن يتوخى المعالج منتهى الحذر من الخلط بين الجانب المهني والجانب القانوني، حتى لا يؤخذ عليه أو يتهم بأنه يقوم بأدوار مزدوجة.
أما الخبير القانوني، من ناحية أخرى، فعادة ما يكون متحررا من هذه التبعات. لذا لا ينبغي أن تنشأ علاقة بين المعالج والمريض (المدعي) أثناء فترة التقويم القانوني لما يستتبعه ذلك من تحيزات للمريض. ويستطيع الخبير أن يستعرض مختلف التقارير والسجلات، وأن يتكلم مع الأشخاص الذين يعرفون المدعي، وهو لا يتأثر بما قد يبديه المدعي من مبالغة أو تمارض بسبب التزامه بالسياق القانوني.
ويتأكد من هذا العرض لقضية الاعتماد على التقارير الذاتية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، أن الاعتماد فقط على التقارير الذاتية التي يقررها المدعي بأنه يعاني هذا الاضطراب، دون ما اعتبار للمصادر الاضافية للمعلومات، يعتبر إجراء غير كاف. كذلك لا ينبغي الخلط بين الأدوار العلاجية والأدوار القانونية أثناء إجراءات التقويم القانوني لاضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المدعي.

(5)قضية تقدير مستوى أداء المدعي لوظائفه

يتضمن تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة في (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع) DSM-IV محكات اضافية عن وجود (اضطراب أو اختلال ذي دلالة كلينيكية في أداء الفرد لوظائفه في المجالات الاجتماعية أو المهنية، أو في غيرها من المجالات الأخرى المهمة من توظيفه لإمكاناته). وعلى ذلك، فإن وجود إعاقات أو اضطرابات ناتجة عن الحدث الصدمي يمكن أن يكون أساسا قانونيا للتعويضات. وفي ذلك ينبغي أن يكون المُقَوِّم الشرعي (القانوني) قادرا على عمل التقديرات السليمة لوجود اختلالات وظيفية من عدمها لدى المدعي.
ويواجه المُقَوِّمُ الشرعي بعدد من القضايا أو المشكلات عند إجراء الفحوص النفسية أو الطبية لدى المدعي. ومن هذه المشكلات أنه بسبب الدور المناوىء لهذا الاختصاصي، وهو دور أشبه بدور الخصم، وبسبب نقص الموثوقية لموقف التقويم القانوني، فإن عملية الكشف عن الذات لدى المدعي عادة ما تتعرض للكف. أما المشكلة الأخرى، فتتعلق بإجراءات التقويم. وفي ذلك يوصي بعض الاختصاصيين القائمين بالتقويم القانوني بإجراء التقويم مرة واحدة في مقابلة واحدة، حتى يتمكن الاختصاصي من تقدير قدرة المدعي على توظيف إمكاناته في موقف أشبه بموقف العمل. إلا أنه من الضروري، بالنسبة للأشخاص ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة، أن تتاح لهم مقابلات عديدة محددة الوقت. وكثيرا ما تؤدي مناقشة الخبرات الصدمية إلى أن تستدعي لدى المدعي أعراضا شديدة يمكن السيطرة عليها بطريقة أكثر ارتياحا في سياق مقابلات قصيرة

نسبيا، ذلك أن المقابلات الطويلة قد يخبرها المدعي على أنها مرهقة أو مدعاة للضيق.
ويمكن أن تكون الاختبارات والمقاييس النفسية أدوات مساعدة مهمة للتقويم القانوني الشامل. ومع ذلك قد يعتبر استخدام أدوات التقرير الذاتي والاختبارات والمقاييس المقننة والمقابلات المبنية وشبه المبنية ذات قيمة محدودة لأنها لم تبن في الأساس داخل النسق القانوني.
ومع اعتبار هذه التحفظات، قد تستخدم الاختبارات والمقاييس النفسية المقننة في توفير بيانات مهمة اضافية، وخاصة حينما يكون المدعي غير قادر على أن يعبر عن مشكلاته أو صعوباته أو يحددها، أو تبدو منه دلائل على الشك في مصداقيته. وقد تفيد مثل هذه الأدوات في الكشف عن اضطرابات الشخصية، وفقا للمحور (2) Axis II من (نظام التقدير المتعدد المحاور في التشخيص)، مما قد يكون سببا أو عاملا مسهما فيما قد يبديه المدعي من اختلال أو عجز في أدائه لوظائفه. وقد لا يتمكن المُقَوِّم الشرعي (القانوني) من أن يقضي مع المدعي وقتا كافيا مما يتطلبه عادة تشخيص اضطرابات الشخصية. لذا ينبغي أن يكون لدى هذا الاختصاصي معرفة عملية بالخصائص الواجب توافرها في الاختبارات والمقاييس المستخدمة من حيث شروط صدقها وثباتها وحدودها، كما يكون من مسئولياته العمل على إحداث التكامل بين النتائج المستخلصة من الاختبارات والمقاييس النفسية وإيضاحها مع البيانات والنتائج المستخلصة من الفحوص الطبية النفسية.
وثمة اعتبارات أساسية ينبغي مراعاتها عند إجراء التقويم القانوني لمستوى أداء المدعي (الحالة) لوظائفه، فيما يلي:
1 - إن وجود أعراض نفسية لا يعادل بالضرورة وجود اضطراب في أداء الفرد لوظائفه. ولهذا ينبغي أن يجد المُقَوِّم الشرعي دلائل حقيقية لهذا الاضطراب من خلال النتائج المستمدة من فحص التاريخ المرضي السابق عند المدعي، وتقدير سلوكه، ونتائج الفحوص التي تجرى عليه.
2 - ينبغي التعبير عن الاضطراب أو العجز بطريقة كمية إذا كانت أدوات القياس توفر تقديرات كمية مثل النسب المئوية أو القيم العددية.
3 - ينبغي إبداء أهمية خاصة لمفهوم التركيز الملائم موضوع الاعتبار Convenient focus عند كل تقويم. ويقرر هذا المفهوم أن الاضطراب الموجود من قبل عند الفرد تكشفه الضغوط، وبالأحرى لا تخلقه الضغوط.
4 - تتطور لدى الفرد، في الحالة التي لا يمارس فيها عملا أو مهنة، تأثيرات ثانوية معينة، إذ لا يكون لنشاط العمل انعكاساته الإيجابية على تحسن هذا الفرد، كما قد ينشأ من جراء ذلك مشكلات مالية وأسرية وزواجية. ولهذا ينبغي أن يميز المُقَوِّمُ الشرعي الاضطراب الذي يكون استجابة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة عن العواقب الثانوية الناتجة عن البطالة أو التقاعد.
واعتبارا لذلك، فإن نزعة الشخص المدعي إلى وصف كل صعوباته على أنها ناشئة منذ البداية بعد الحدث الصدمي، لا ينبغي قبولها بشكل مبدئي على أنها حقائق. وفي ذلك يفيد استخدام أنظمة التقدير الشامل المتعدد المحاور بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV: فالمحاور الثلاثة الأولى تستخدم في التقديرات التشخيصية الرسمية، ويستخدم المحور الرابع في تقدير شدة العوامل النفسية الاجتماعية الضاغطة، أما المحور الخامس، فهو مقياس (التقدير الكلي لتوظيف الفرد لإمكاناته) Global Assessment of Functioning (GAF) - وتلك أداة لقياس التوظيف النفسي والاجتماعي والمهني لدى الفرد. ولمزيد من التحقق من التقدير الكامل للاختلال الوظيفي لدى الفرد، يوصى بأن يستخدم مع الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV (أدلة تقويم الاختلال المستديم) Guides to Evaluation of Permanent Impairment الذي أصدرته (الرابطة الطبية الأمريكية) AMA في عام 3991.
وفي كل ذلك يراعي المُقَوِّم الشرعي (القانوني) أن يستخدم وسائل للتقدير توفر قاعدة بيانات تتسم بالمصداقية وتكون أساسا لإعداد تقارير وعرض آراء يمكن الدفاع عنها.

إجراءات التقاضي
في حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة

يأخذ تقدير اضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما هو واضح مما سبق عرضه، أشكالا مختلفة من الإجراءات التشخيصية الرسمية واستخدام الاختبارات والمقاييس النفسية، وتلك كلها جوانب رئيسة للتقويم القانوني لهذه الفئة من الاضطرابات. وعلى الرغم من الفصل بين الأنماط المختلفة للتقدير والتقويم التي يعتمد عليها الاختصاصيون الكلينيكيون سواءً أكانوا يعملون في جانب الدفاع أم في جانب الادعاء، فإنه من الناحية الفعلية لا ينبغي أن يوجد اختلاف بين هذين النمطين من التقويم، بل إنه في الحقيقة ينبغي أن يكون التقويم (الموضوعي) من جانب كل من الدفاع والادعاء متماثلا من حيث بنية التقويم في كل منهما، مع اعتبار وجود بعض الاختلاف في كل منهما. ويتضح ذلك من طبيعة المذكرة القانونية ومكوناتها في حالتي الادعاء والدفاع، كما يلي (1):
مذكرة الادعـاء:
تهدف مذكرة الادعاء Plaintiff agenda إلى تحديد ما إذا كان المدعي (الحالة) يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة باعتباره نتيجة للصدمة التي تعرض لها. ولتحديد ذلك، يتطلب التقويم الذي تتضمنه مذكرة الادعاء تقديرا لمجالات عديدة، تشمل ما يلي:
1 - وصف الصدمة من وجهة نظر المدعي (الحالة). ما الذي حدث؟ ما الخبرة الانفعالية والمعرفية لديه ؟
2 - توفر المحكات الرسمية المقررة لتقدير الجوانب النفسية أو الطبية النفسية، بما فيها تقدير الحالة العقلية.

هل يستوفي المدعي (الحالة) محكات تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة، أو تشخيص اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب أو التوافق ؟

3 - من الأهمية بمكان أن يتوفر تقويم دقيق لحالة المدعي قبل الصدمة وبعدها. هل لديه أية أعراض موجودة بعد الصدمة كانت موجودة قبل الصدمة ؟ كيف تغير مستوى التوظيف الشخصي والأكاديمي والاجتماعي والمهني من فترة ما قبل الصدمة إلى فترة ما بعد الصدمة ؟ فالتقويم ينبغي أن يكون محددا تماما بالنسبة لوضع الحالة قبل الصدمة وبعدها.

4 - كيف تغيرت الصورة الكلينيكية مع الزمن ؟ ففي بعض الحالات، قد يجري تقويم على الشخص (الحالة) بعد فترة من الصدمة. فهل ظل الموقف الكلينيكي ثابتا، أم تحسن، أم تدهور ؟ هل حاول الشخص أن يواجه المشكلة ؟ وكيف كان غير قادر على المواجهة ؟

5 - التاريخ السابق عن وجود أمراض وإصابات وصدمات. كيف تعامل الشخص (الحالة) مع الصعوبات أو المشكلات السابقة؟ هل كان الشخص يتغلب عادة على ما يواجهه من محن أو شدائد، أو عادة ما يتعرض للأخطار ؟

6 - الخلفية التاريخية العامة، وتتضمن إدمان العقاقير والمخدرات، ومشكلات الصحة النفسية، والعلاقات مع أعضاء الأسرة.

7 - تقويم المصادر الأخرى المحتملة للاضطراب (انظر مذكرة الدفاع).

مذكـــرة الدفـــاع:

تتضمن مذكرة الدفاع Defense agenda ، أي المذكرة المتعلقة بالمدعى عليه ومحاميه، أنماطا معينة من المعلومات، تشمل المكونات التالية:

1 - حقيقة أن هذه المذكرة هي دعوى قانونية، لذا ينبغي البت فيها بسرعة ودون إرجاء قدر الإمكان.

2 - هل الأعراض البادية عند الشخص تعوق قدرته على أداء وظائفه ؟

3 - هل توجد صدمات أخرى سابقة على الصدمة موضع الاعتبار أو لاحقة عليها ترتبط سببيا بتلك الأعراض ؟

4 - هل توجد أسباب أخرى طبية أو نفسية تكمن وراء هذه الأعراض عند الشخص ؟

5 - هل العلاج الذي توفر له ركز فقط على اضطراب الضغوط التالية للصدمة ؟ أم أن الشخص استخدم العلاج لمعالجة مشكلات أو أمور أخرى غير متعلقة باضطراب الضغوط التالية للصدمة؟

6 - ملاءمة العلاج أو فاعليته.

7 - تقويم مغزى النتائج. ما الذي تعنيه في الحقيقة لغة تقرير الادعاء؟ ففي بعض الحالات قد تكتب التقارير باللغة الاصطلاحية لعلم النفس والطب النفسي، لذا قد يحتاج محامي الدفاع إلى أن يعرف معنى تلك اللغة.

ويتمثل مفتاح التقويم القانوني لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وخاصة بالنسبة للدفاع، في تاريخ حياة الفرد. وسبب ذلك أن تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة يتحدد بناءً على استيفاء المحكات اللازمة لهذا التشخيص. ومع ذلك، فقد تكون هناك متغيرات أخرى قد تشوب هذا التشخيص، مثل وجود أحداث ضاغطة متلازمة أو متداخلة غير تلك الأحداث المحددة في الدعوى القضائية. فعلى سبيل المثال، إذا كان المدعي يقرر أنه لا يستطيع العمل بفاعلية منذ الصدمة وتطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة لديه، فمن الأهمية بمكان أن يتحدد ما إذا كان المدعي يعمل أو لا يعمل بفاعلية قبل الصدمة. ولهذا، فعلى الرغم من أن مذكرة الدفاع تولي اهتماما خاصا لتاريخ المدعي، فإن حكمة الاختصاصي الكلينيكي الموكل عن المدعي وأخلاقياته ينبغي أن تفعل الشيء نفسه، الأمر الذي يعفيه من كثير من الحيرة أو الحرج داخل قاعة المحكمة.

التقرير النفسي الشرعي :

ربما تعتبر كتابة التقرير أكثر الجوانب حسما في التقويم القانوني لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. وفي ذلك يسجل الاختصاصي الكلينيكي طبيعة التقويم والغرض منه، ويكامل البيانات التي حصل عليها من المصادر المختلفة. وهنا يبدو من المهم للغاية تحديد الإطار التصوري للحالة ومراعاته للجوانب القانونية موضع الاعتبار. وفي نسق هذا الإطار، ينبغي أن يغطي التقرير الموضوعات النوعية التالية التي ينبغي تضمينها في كتابة التقرير النفســي الشرعــي (القانونـــي). ويبدو الشكل العام Format للتقرير فيما يلي (1):

1 - مصدر أو جهة التحويل، وأسباب التحويل.

2 - حدود الموثوقية: يقدم التقرير عادة إلى المحامي الموكل، والمحكمة، والمحلفين، والاختصاصيين المهنيين في الصحة النفسية المعنيين بالحالة. وهذه الحدود من الموثوقية ينبغي إيضاحها للمدعي بلغة يفهمها، وأن تسجل استجابته في هذا الشأن.

3 - عرض السجـلات:

* السجلات الطبية
* السجلات القضائية وسجلات الشرطة
* السجلات النفسية
* السجلات الاجتماعية والمهنية

وينبغي أن تدون هذه السجلات بالتاريخ والاسم حتى يمكن تعرفها بسهولة.

4 - أساليب التقديـر:

* التاريخ السابق ذو المغزى بالنسبة للفرد

* تقدير الحالة العقلية
* المقابلة المبنية
* الاختبارات والمقاييس النفسية
* الاختبارات العصبية النفسية
* الاختبارات والفحوص الفيزيولوجية

وينبغي أن تحدد في التقرير تواريخ الاستخدام وعدد المرات وطول المدة.

5 - نتائج الفحوص والاختبارات .

6 - التقارير الاضافية أو المساعدة: وتتضمن معلومات يجري الحصول علىها من مصادر اضافية مثل أعضاء الأسرة أو الأقارب أو الأصدقاء أو الجيران أو زملاء العمل أو غيرهم من الآخرين المعنيين

7 - الصيغة القانونية للحالة: في هذا القسم من التقرير يتم التكامل بين كل البيانات التي جرى جمعها من كل المصادر المعنية، وذلك داخل إطار تصوري يمكن في نسقه تحديد صياغة العبارات المتعلقة بالمعايير القانونية النوعية المتعلقة بالحالة موضع الاعتبار. وهنا ينبغي قدر الإمكان تجنب اللغة الاصطلاحية النفسية، كما ينبغي تقديم تحليل تصوري دقيق للبيانات الموجودة فعلا. وينبغي أن يحدد بوضوح الأساس الذي استند إليه الاختصاصي في عرض رأيه، كما ينبغي أن تنظم كل المعلومات المعنية بطريقة يمكن أن يفهمها المحامون، والمحكمة، والمحلفون، والاختصاصيون المهنيون في الصحة النفسية.

8 - الصيغة التشخيصية والتصنيف متعدد المحاور: يستخدم (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع) DSM-IV نظام التصنيف متعدد المحاور Multiaxial assessment في التشخيص. وينبغي لذلك أن يتضمن القسم الأخير من التقرير الصيغ التشخيصية المقررة في تقدير الحالة وفقا للمحاور الخمسة، وأن يحتوي التقرير على معلومات عن كل محور من هذه المحاور، حتى لو استبعد أحد هذه المحاور من التقدير بسبب عدم توفر المعلومات المتعلقة به .

التفسيرات القانونية والأحكام القضائية:

تأخذ التفسيرات القانونية والأحكام القضائية عدة أنماط واضحة، تتحدد فيما يلي (1):

1 - إن المدعي يبدي عجزا أو اضطرابا مثلما يقرر التقويم القانوني له.

2 - (أ) إن المدعي يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولكن اضطرابه ليس شديدا مثلما تقرر.

2 - (ب) إن المدعي يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولكنه يؤدي وظائفه بشكل أفضل مما تقرر.

3 - إن المدعي يعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولكن تتوفر دلائل ذات مغزى تبين أنه توجد عوامل أخرى تسهم في المشكلة إضافة إلى الصدمة.

4 - إن المدعي يعاني بعض الاضطراب. ومع ذلك، فإن اضطرابه إما أن يكون غير متعلق بالصدمة بشكل جوهري، أو أن يتعلق بها جزئيا فقط.

5 - إن المدعي كان يبدي اختلالا بدرجة ما في أداء وظائفه قبل الصدمة، ولهذا فإن نسبة من اختلال أدائه لوظائفه بعد الصدمة لا تعزى إلى الصدمة.

6 - إن العلاج المقرر للمدعي كان مناسبا.

7 - إن العلاج المقرر للمدعي كان إما غير فعال أو غير متعلق بدرجة ما باضطراب الضغوط التالية للصدمة.